

Aufnahmebogen

Die kommenden Fragen sollen den Patient und den Therapeut auf das erste Gespräch vorbereiten. Alle Angaben sind freiwillig und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Kontakt

Vorname:	Nachname:
Strasse und Hausnummer:	PLZ und Stadt:
Telefon:	Email:

Konstitution

Geburtstag:	Größe:	Gewicht:
Beruf:	Freizeit / Hobbies / Sport:	

Aktuelle Problematik

Stellen Sie bitte die Problematik oder Diagnose kurz dar:

Ist das schonmal behandelt worden? Wenn ja, wie?

Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, beschreiben Sie bitte Art und Region des Schmerzes.

Gesundheit

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen:

<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Hormon-Störungen
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Tumor-Leiden
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Hautkrankheiten
<input type="checkbox"/> Erkrankungen der Atem-Organen	<input type="checkbox"/> Allergien
<input type="checkbox"/> Erkrankungen innerer Organe	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Infektions-Krankheiten
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen	

Frühere Verletzungen oder Operationen:

Welche Medikamente nehmen Sie?

Zielvorstellung

Beschreiben Sie kurz, was Sie mit den Anwendungen erreichen möchten:

sonstige Anmerkungen

