Darf ich Sie bitten vor Ihrer Konsultation die folgenden Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Ihre Daten

werden selbstverständlich vertraulich behandelt und werden zu Ihren Akten gelegt.

Name / Vorname:

Strasse:

...................................................................................

...................................................................................

...................................................................................

...................................................................................

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

Tel. Privat / Geschäft: ...................................................................................

Email Adresse:

...................................................................................

...................................................................................

...................................................................................

Beruf / Tätigkeit:

Krankenkasse:

Zusatzversicherung:

nein

ja

Welche: .............................................

Grundsätzlich werden die therapeutische Massage Behandlungen Bar bezahlt. Es besteht für Sie jedoch die Möglichkeit mit einer gängigen Kreditkarte zu bezahlen. Für weitere Informationen stehe ich Ihnen gerne zu Verfügung.

Datum: ................................

Unterschrift: .............................................

Fragen an den Patienten

Haben Sie Schmerzen? ..............................................................................................................................

.

.

.

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

Wo sind Ihre Schmerzen? ...........................................................................................................................

.

.

.

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

Wie stark sind Ihre Schmerzen? (10= Sehr starke Schmerzen / 1= Geringe Schmerzen)

1

0

9

8

7

6

5

4

3

2

1

Sind bei Ihrem jetzigen Problem bereits Abklärungen / Therapien gemacht worden?

.

.

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

Bitte wenden



**Herzlichen Willkommen**



Weitere Fragen an den Patienten (bitte ankreuzen)

Leiden oder litten Sie unter:

zurzeit

früher

Kopfschmerzen?

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

ja

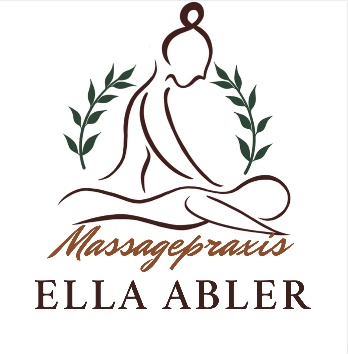
ja

ja

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

nein

Herz- / Kreislaufstörungen?

Schlaganfall?

Diabetes?

Rheumatische Krankheiten?

Krebs? Tumor?

Atemschwierigkeiten?

Verdauungsproblemen?

Allergien?

Psychische Krankheiten?

Andere Krankheiten?

Hatten Sie jemals eine Operation?

nein

ja (was, wann?)

.

.................................................................................................................

Hatten Sie jemals einen Unfall? (Autounfall, Sportunfall, etc.)

nein

ja (was, wann?)

.

.................................................................................................................

Wurden von Ihrem Skelett schon Röntgenaufnahmen oder ein MRI gemacht?

nein

ja (was, wann?)

.

.

.

.................................................................................................................

.................................................................................................................

.................................................................................................................

Treiben Sie regelmässig Sport?

nein

ja (was, wie oft?)

Nehmen Sie Medikamente?

nein

ja (welche?)

Notizen Therapeut:

.

.

.

.

.

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................

