

Dieser Fragebogen dient ausschließlich dazu, dass ich meine Arbeit besser auf Sie und Ihre Situation einstellen kann und meiner Sorgfaltspflicht in vollem Umfang gerecht werden kann. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Name /Email: :

Anschrift:

Telefon/ Geburtstag:

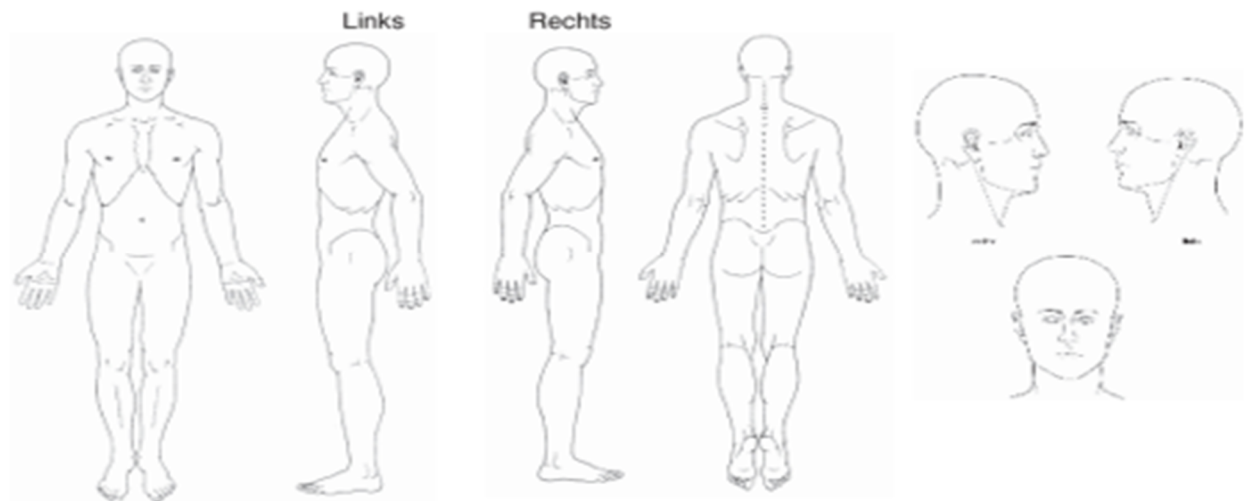
Ausgeübter Beruf:

Krankenkasse:

Körperliche oder emotionale Beschwerden? Intensität 0-10 Seit wann? Wie oft?

Körperliche oder emotionale Beschwerden?	Intensität 0-10	Seit wann?	Wie oft?
1.			
2.			
3.			
4.			

Tragen sie ihre Beschwerden ein:



Was Verbessert ihre Beschwerden? Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte,

Was verschlechtert ihre Beschwerden? Bewegung, Ruhe, Wärme, Kälte,

Haben sie Schmerzen? Welcher Art: stechend, bohrend, schneidend, brennend, drückend, reißend, dumpf, krampfartig oder andere Missempfindungen wie kribbeln, Taubheit

Haben Sie irgendwelche schweren Krankheiten durchgemacht? Wenn ja, welche und wann?

.....

Wurden Operationen durchgeführt? Wenn ja welche und wann? Haben Sie weitere Narben?

.....

Welche anderen Therapien wurden für die momentanen Hauptbeschwerden durchgeführt?

.....

Wie ist Ihre Ausscheidung (Stuhlgang, Wasserlassen und Schwitzen)? Wie oft?

.....

Wie ist Ihr Allgemeinbefinden? Sind sie öfters Müde oder kraftlos?

.....

Wie ist Ihr Konsumverhalten mit Essen, Trinken (Alkohol, Kaffee Wasser...) Rauchen, Drogen

.....

Treiben sie Sport? Wenn ja welchen?

Haben Sie folgende Medikamente über einen längeren Zeitraum (min. 3 Jahre) eingenommen?

- Cortison
- Antibiotika
- Anti-Baby Pille
- Rheumamittel
- Andere:

Nehmen Sie derzeit irgendwelche Medikamente? Wenn ja welche?

.....

Besteht eine Schwangerschaft?

Sind oder waren Sie je an einer der folgenden Krankheiten erkrankt? Zutreffendes ankreuzen:

- Schleudertrauma
- Depression
- Schlaganfall
- Gehirnerschütterung
- Psychosen
- Glaukom
- Schädel-Hirntrauma
- Schlaflosigkeit
- Aids
- Allergien
- Migräne
- Epilepsie
- Meningitis
- Bluthochdruck
- Aneurysmen
- Diabetes Mellitus
- Krebserkrankungen
- rheumatische Erkrankungen
- Durchblutungsstörungen arteriell
- Venöse Erkrankungen (z.B. Thrombosen, Krampfadern)
- Implantate
- Nierenerkrankungen
- Schwindel
- Gicht
- Bluthochdruck
- Osteoporose
- Sonstiges:
- Wirbelsäulenerkrankungen und zwar:.....

Gab es Unfälle (Stürze, umknicken, Schleudertrauma...), oder andere traumatische Ereignisse (Misshandlung, Mobbing, psychische Misshandlungen) in Ihrem Leben? Wenn ja wann und mit welchen Folgen?

.....

Empfinden sie öfters Stress, gibt es momentan emotionale Probleme wie Ängste, Trauer, Wut....?

.....

Wie ist ihre Schlafqualität/Schlafposition?

Tragen Sie Schuheinlagen/Absatzerhöhungen?

.....

.....

Ich willige ein, dass, wenn ich einen Termin nicht mindestens 24 Stunden vor Beginn absage, ich den halben Preis der Behandlung bezahle.

Berlin den.....

.....