

Anmeldeformular

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon privat _____

Telefon mobil _____

Email _____

Krankenkasse _____

Bitte bringen Sie zum ersten Termin alle ärztlichen Befunde mit, welche Sie für Ihre Problematik bekommen haben.

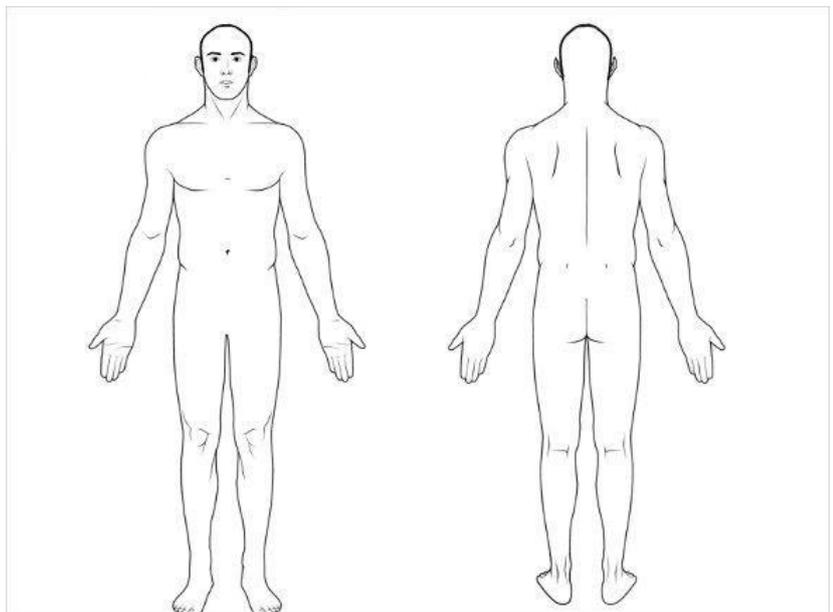
Für eine ganzheitliche Behandlung, die sich mit Ihren Problemen bestmöglich auseinandersetzt, benötigen wir von Ihnen einige Angaben.

Selbstverständlich unterliegen diese der Schweigepflicht und werden niemals weitergegeben.

Tätigkeit/Beruf:

Hobby/Sport:

1. Bitte markieren Sie die **Zonen**, welche Ihnen **Probleme** verursachen:



2. Welche **Hauptbeschwerden** haben Sie?

3. Haben Sie **Nebenbeschwerden**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

4. **Dauer** der Beschwerden? _____

5. Veränderung der **Beweglichkeit**? _____

6. Haben Sie **Sensibilitätsstörungen**? (Kribbeln/Taubheit)? _____

7. Gab es einen **Auslöser** durch Unfall oder ähnliches? _____

8. Werden Ihre Probleme durch etwas **verschlechtert** oder **verbessert**?

9. Fühlen Sie sich **psychisch belastet**? Ja Nein

10. Ist ihr **Alltag** oder ihre **sportliche Aktivität** durch Ihre Probleme **eingeschränkt**?

11. Haben Sie in letzter Zeit **unerwartet abgenommen**? Ja Nein

12. Hatten Sie in letzter Zeit **Fieber** oder **nächtliches Schwitzen**? Ja Nein

13. Nehmen Sie momentan **Medikamente**? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

14. Haben Sie **Infektionskrankheiten**? (HIV, Hepatitis) _____

15. Hatten Sie jemals eine **Tumor-/Krebserkrankung**? _____

Betreffendes bitte unterstreichen:

16. Haben Sie **permanente** Beschwerden oder mit **Unterbrechung**?

17. Werden die Schmerzen beim **Husten / Niesen / Atmen** ausgelöst?

18. Haben Sie **Diabetes / Rheuma / Osteoporose**?

19. Leiden Sie unter **Schwindel / Kopf-/Kieferschmerzen**?

20. Haben Sie Schwierigkeiten mit dem **Gang** oder **Gleichgewicht**?

21. Haben Sie Beschwerden mit **Verdauung** oder **Blase**?

