



Datenblatt

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ / Ort: _____
Mobile: _____ Tel: _____
E-Mail: _____ Geb. Datum: _____
Beruf: _____

Beschwerdebild

Welche? _____
Seit wann? _____

Behandlungen

Welche Behandlungen (Therapieformen) hatten Sie schon wegen dieser Beschwerden?

Schmerzen

Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert?

Bewegung Ruhe Wärme Kälte

Wodurch werden die Schmerzen gelindert?

Bewegung Ruhe Wärme Kälte

Empfindungsstörungen

<input type="checkbox"/> Taubheit	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Hitzegefühl	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Kältegefühl	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Brennen	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Kribbeln	wo?	_____

Unfälle

Hatten Sie Unfälle nein ja, welche/ wann:

Medikamente auch Homöopathika:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Operationen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Osteosynthesen: (Schrauben, Platten etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Arthrose:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Bandscheibenvorfälle:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Hexenschuss:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Krankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen
<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> (+)	<input type="checkbox"/> (-)
Andere:	_____	
Krampfadern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
		<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Narben:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Aktuelle Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wann?: _____

Bitte beachten Sie für die Behandlungstermine folgende Punkte

- Bitte teilen sie mir eine Schwangerschaft umgehend mit.
- Sie sollten keine der folgenden Kontraindikationen haben: Fieber, Entzündungen, Infektionen, Durchfall oder Erbrechen. (Bei Unsicherheit bitte um Tel. Kontakt)
- Bitte benachrichtigen Sie mich im Verhinderungsfall **24 Std.** vorher, ansonsten muss ich Ihnen die Therapiesitzung **vollumfänglich** verrechnen.
- Die Behandlung findet gegen Barzahlung, Twint, Karte (ausser Postcard) oder im Abo statt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____