



Herzlichen Willkommen

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:

Hausarzt:

Grundsätzlich werden die medizinischen Massage Behandlungen Bar bezahlt. Es besteht für Sie jedoch die Möglichkeit mit Postcard / Maestro und den gängigen Kreditkarten 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)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

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

.....

.....

Bitte wenden



Weitere Fragen an den Patienten (bitte ankreuzen)

Leiden oder litten Sie unter:	zurzeit		früher	
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herz- / Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebs? Tumor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Atemschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verdauungsproblemen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychische Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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?)

Notizen Therapeut:

.....

.....

.....

.....

.....

.....