

Sehr geehrte Klientin, sehr geehrter Klient,
es ist unser Ziel, Sie optimal zu behandeln. Aus diesem Grund benötigen wir vorab ein paar Informationen zu Ihrer Person und zu Ihrem Beschwerdebild.
Alle Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben.
Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen.

Anrede: Frau/ Herr

Name* _____

Vorname* _____

Adresse* _____

Telefon (privat)* _____ Telefon (geschäftlich): _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum* _____

Beruf: _____ Sport/Hobby: _____

(*Pflichtangaben)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Familie/Freunde/Bekannte Aushang/Werbeanzeigen

Sonstiges _____

- Wo haben Sie Probleme/Beschwerden/Schmerzen ?

- Ist Ihre Sensibilität/Ihr Empfinden verändert? (kleiner Finger kribbelt, lahmer Arm/Bein) Ja/ Nein
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja/ Nein
- Leiden Sie unter Schwindel? Ja/ Nein
- Leiden Sie unter Tinnitus (Ohrgeräusche)? Ja/ Nein
- Leiden Sie unter Übelkeit? Ja/ Nein
- Haben Sie Osteoporose (Knochenschwund)? Ja/ Nein
- Sind Sie Diabetiker/in? Ja/ Nein
- Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja/ Nein
Wenn ja, welche Woche _____
- Hatten oder haben Sie eine Tumor- bzw. Krebserkrankung? Ja/ Nein
- Hatten Sie in Ihrem Leben schon Unfälle, Operationen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Bandscheibenoperationen?
Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
- Nehmen Sie aktuell Medikamente gegen Ihre Beschwerden ein? Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (z.B. Marcumar, Psychopharmaka, ASS etc.)? Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
- Haben Sie chronische Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Asthma, Multiple Sklerose etc.)? Ja/ Nein
Wenn ja, welche: _____
- Tragen Sie Implantate (z.B. künstliche Gelenke) oder Herzschrittmacher? Ja/Nein
Wenn ja, welche : _____
- Haben Sie Platzangst oder ähnliche Phobien? Ja/Nein

Eine Absage muss spätestens 24 Stunden vor der Behandlung erfolgen.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Behandlungstermine (egal aus welchem Grund) in einer Höhe von einem Euro pro ausgefallene Minute in Rechnung gestellt werden.

Dinslaken, den: _____

Unterschrift : _____