



Fragebogen

KONTAKTDATEN

Namen	.....	Vorname	.....
Adresse	.....	PLZ / Ort	.....
Geburtstag	.....	Beruf	.....
Krankenkasse	.....	Zusatzversicherung	.....

Bitte füllen Sie den Fragebogen klar und leserlich aus. Herzlichen Dank.

1. *Wie darf ich Ihnen weiterhelfen? Weshalb kommen Sie zu mir?*

.....

.....

.....

.....

2. *Beschreiben Sie bitte genau Ihre Beschwerden / Symptome.*

.....

.....

.....

.....

3. Wann genau tauchen die Beschwerden / Symptome auf?

.....

.....

.....

.....

4. Schmerzskala, von 1 «gar keine Schmerzen» zu 10 «sehr grosse Schmerzen».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Was haben Sie bereits dagegen unternommen? Und weshalb?

.....

.....

.....

.....

6. Haben Sie bereits Vorerkrankungen? Wenn ja, welche und seit wann?

.....	Ja	Nein
.....		
.....		

7. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche und weshalb?

.....	Ja	Nein
.....		
.....		

8. Hatten Sie bereits Unfälle? Wenn ja, welche Verletzungen?

.....	Ja	Nein
.....		
.....		

9. Hatten Sie bereits irgendwelche Operationen? Wenn ja, welche und wann?

.....	Ja	Nein
.....		
.....		

10. Sind Sie zurzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Wenn ja, welche und weshalb?

.....	Ja	Nein
.....		
.....		

11. Was Sie mir sonst noch gerne mitteilen wollen.

.....
.....
.....

Bitte Bezahlen Sie den Betrag nach der Behandlung in Bar oder mit der EC / Kreditkarte.
Hiermit bestätigen Sie, dass Sie den Fragebogen korrekt ausgefüllt haben und den Inhalt verstanden haben.

Ort / Datum

Unterschrift

Verlaufskontrolle:

<i>1. Termin: Wahrnehmung / Sichtbefund Auffälligkeiten</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		
.....		
<i>2. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		
<i>3. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		
<i>4. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		
<i>5. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		
<i>6. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		
<i>7. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers</i>	<i>Datum</i>	.....
.....		
.....		

8. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers

Datum

.....

.....

.....

9. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers

Datum

.....

.....

.....

10. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers

Datum

.....

.....

.....

11. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers

Datum

.....

.....

.....

12. Termin: Reaktionen / Verbesserungen des Körpers

Datum

.....

.....

.....

Sonstige Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....