

Kurzfragebogen Patienten Beschwerden | Kontraindikationen | Heilpraktiker C.Lellek

Name des Patienten: _____

Beschreiben Sie kurz die Beschwerden, deretwegen Sie zu uns kommen:

Seit wann haben Sie die Beschwerden? _____

Wo? _____

Wodurch werden sie besser? _____

... und schlechter? _____

Stellen Sie sich vor: 10 ist Maximalbeschwerde / 0 gar keine. Wo sind Sie? (0-10): _____

Nehmen Sie Medikamente ein, wenn ja welche? _____

Sind die Beschwerden nachts stärker? ja nein

... und/oder bewegungsabhängig? ja nein

Was haben Sie bereits versucht, um Abhilfe zu schaffen? _____

Welche Therapien wurden bereits bei Ihnen durchgeführt? _____

Treiben Sie Sport? ja nein

Welcher Art? _____

Leiden Sie unter Osteoporose? ja nein

... unter Knochenbrüchen ja nein

Leiden Sie unter Herz-/Kreislaferkrankungen? ja nein

Gibt es:

bekannte Veränderungen an der Wirbelsäule? ja nein

organische Erkrankungen? ja nein

Gefäßveränderungen? ja nein

Bösartige Tumore? ja nein

Operationen? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Epilepsie? ja nein

Gab es neurologische Ausfälle (Missempfindungen der Haut, Kraftmangel?) ja nein

Wenn ja, wo? _____

Organisatorischer Hinweis

**Hiermit stimme ich zu, dass ich Rechnungen als PDF-Datei über folgende E-Mail-Adresse
zugeschickt bekomme:** _____

Datum/Unterschrift Patient: _____

Ergänzungen durch den Therapeuten:
