

Name

Geburtsdatum

Haben Sie Schmerzen?

Wo?

Wie stark von

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Andere Symptome?

ungewollter Gewichtsverlust?

Fühlen Sie sich gestresst?

Osteoporose, Rheuma,
Bindegewebschwäche?

Blutverdünnende Medikamente?

Allergie/Unverträglichkeit?

Bereits anbehandelt?
(Spritze?, Akupunktur?, Physio?,
Physikalische?, Osteopathie?)

Bewegung?/Sport?/Hobbies? Was? Wieviel/Woche?

Beruf? Wochenstunden?

Erkrankungen/Verletzungen?

(z.B.: Blutdruck, Zucker, Lungenentzündung, Karzinom, Knochenbruch,
Bandverletzung usw.)

Operationen?

(was?, wann?)

Medikamente?

Datum

Patientenunterschrift