



### Datenblatt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Mobile: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Beruf: \_\_\_\_\_

### Beschwerdebild

Welche? \_\_\_\_\_  
Seit wann? \_\_\_\_\_

### Behandlungen

Welche Behandlungen (Therapieformen) hatten Sie schon wegen dieser Beschwerden? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Schmerzen

Wodurch werden die Schmerzen verschlimmert?

Bewegung     Ruhe     Wärme     Kälte

Wodurch werden die Schmerzen gelindert?

Bewegung     Ruhe     Wärme     Kälte

### Empfindungsstörungen

<input type="checkbox"/> Taubheit	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Überempfindlichkeit	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Hitzegefühl	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Kältegefühl	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Brennen	wo?	_____
<input type="checkbox"/> Kribbeln	wo?	_____

### Unfälle

Hatten Sie Unfälle     nein     ja, welche/ wann: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikamente auch Homöopathika:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Operationen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Osteosynthesen: (Schrauben, Platten etc.)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Arthrose:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Bandscheibenvorfälle:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Hexenschuss:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Krankheiten:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Lähmungserscheinungen
<input type="checkbox"/> Blutdruck	<input type="checkbox"/> (+)	<input type="checkbox"/> (-)
Andere:	_____	
Krampfadern:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
		<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Narben:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wo: _____
Aktuelle Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit wann?: _____

**Bitte beachten Sie für die Behandlungstermine folgende Punkte**

- Bitte teilen sie mir eine Schwangerschaft umgehend mit.
- Sie sollten keine der folgenden Kontraindikationen haben: Fieber, Entzündungen, Infektionen, Durchfall oder Erbrechen. (Bei Unsicherheit bitte um Tel. Kontakt)
- Bitte benachrichtigen Sie mich im Verhinderungsfall **24 Std.** vorher, ansonsten muss ich Ihnen die Therapiesitzung **vollumfänglich** verrechnen.
- Die Behandlung findet gegen Barzahlung, Twint, Karte ( ausser Postcard ) oder im Abo statt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_