

Patientendaten:

Name:

Adresse:

Vorname:

E-mail:

geb. Datum:

Mobile:

Beruf:

TeIP/G:

Krankenkasse-Zusatz:

Check up-Fragen - Anamnese:

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, um die Fragen in Ruhe zu beantworten. Sie tragen dazu bei, dass wir ein ganzheitliches Bild von Ihnen bekommen. Besten Dank.

Beschwerden seit wann & wo? Ruheschmerz oder bei Belastung?

.....
.....

Schmerzskala 1 bis 10, 10=extrem stark:

Kopfschmerzen falls ja wie häufig und stark 1 bis 10 / was hilft?:

gibt es eine schulmedizinische Diagnose:

Operationen&Jahr:

Unfälle&Jahr:

Familie&Soziales:

(Erkrankungen&Traumas)

Sport/Bewegung was/wie regelmässig:

Medikamenteneinnahme:

Organische Leiden wie:

Herz(z.B.Blutdruck)Leber/Gallenblase/Magen/Lunge/Darm(Verdauung)Niere/Blase/Hormone(z.B.Schilddrüse)Haut

Kaffeekonsum im Tag:

Allergien:

Schlafbeurteilung: (einschlafen/durchschlafen).....

Trinkmenge pro Tag: (Wasser/Tee)

Persönliche Zielsetzung:

Wie sind Sie auf uns gekommen:

Ich bestätige im bestem Wissen die Fragen beantwortet zu haben.

Datum / Unterschrift: