

Neuanmeldung / Fragebogen

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Natel:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Krankenkasse (Zusatz):

Unfallversicherung:

Hausarzt:

Beruf:

Hobbys:

Sport:

Behandlungsgrund:

Gesundheitsfragen

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja, Grund?

Haben Sie eine ärztliche Diagnose?

- Nein Ja, welche?

Haben Sie Herz-, oder Kreislauferkrankungen?

- Nein Ja, welche?

Ihr Blutdruck ist?

- Normal? Zu hoch / tief?

Haben Sie Asthma oder Atemwegsbeschwerden?

- Nein Ja

Haben oder hatten Sie Venenbeschwerden?

- Nein Ja, welche?

Haben oder hatten Sie einen Tumor oder eine andere Krebsart?

- Nein Ja, welche?

Hatte ein Familienmitglied einen Tumor oder eine andere Krebsart?

- Nein Ja, welche?

Haben Sie Osteoporose?

- Nein Ja

Haben Sie rheumatische Erkrankungen?

- Nein Ja, welche?

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Diabetes, Schilddrüse, Cholesterin, Hormonstörungen, etc.)

- Nein Ja, welche?

Haben Sie eine Nervenerkrankung? (Parkinson, MS, Epilepsie, etc.)

- Nein Ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?

- Nein Ja

Haben Sie Allergien?

- Nein Ja, welche?

Haben Sie Hautkrankheiten?

- Nein Ja, welche?

Haben Sie infektiöse Krankheiten (AIDS, Hepatitis, etc.)?

- Nein Ja, welche?

Andere Erkrankungen / Knochenbrüche?

- Nein Ja, welche?

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen?

- Nein Ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

- Nein Ja welche?

Hatten Sie Operationen?

- Nein Ja, welche?

Hatten Sie mal einen Unfall?

- Nein Ja, welcher?

Sind Sie schwanger?

- Nein Ja, in welcher Woche?

Sonstige wichtige Informationen an den Therapeuten:

Hiermit bestätige ich, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben! Terminabsagen, die nicht innerhalb 24 Stunden sind, werden verrechnet. Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass die Quittung mit dem Rückforderungsbeleg per Mail zugestellt wird.

Datum:

Unterschrift Patient/in: