

hnc Therapie

Liebe Kundin, lieber Kunde,

um Sie möglichst effektiv behandeln zu können, benötigen wir von Ihnen noch einige Informationen:

Bitte tragen Sie auf diesem Fragebogen alle Krankheiten, Verletzungen, Brüche, Unfälle, und Operationen, sowie Impfungen, Zahnbehandlungen, bzw.-operationen – sofern erinnerlich mit Datum – ein.

Bitte beachten Sie, daß wir von Ihnen kurzfristig abgesagte Termine - also weniger als 24 Stunden vorher - in Rechnung stellen müssen. Die Sitzung dauert ungefähr 1 Std. und kostet 95 Euro, sie wird dirket nach der Behandlung bezahlt.

Datum: _____ E- Mail: _____

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ PLZ: _____

Telefon / Handy : _____

Krankenversicherung: _____ Beihilfe: _____ Zusatzvers.: _____

Typ: _____ Element: _____ Organ: _____ Konstitution: _____

1. Was sind Ihre aktuellen Beschwerden ?

- 1.1
- 1.2
- 1.3
- 1.4
- 1.5
- 1.6

2. Welchen Beruf üben Sie z.Zt. aus (auch die vorigen Berufe/ Jobs/ Werdegang) ?

- 2.1
- 2.2
- 2.3

3. Gab es bedeutsame frühere Tätigkeiten / Hobbies / Sport (z.B. Umgang mit Chemikalien) ?

- 3.1
- 3.2
- 3.3

4. Wie verlief Ihre eigene Geburt/ Schwangerschaft (z.B. Kaiserschnitt, Zangengeburt, Saugglocke, Wehentropf) ?

- 4.1
- 4.2
- 4.3

5. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie ?

- 5.1
- 5.2
- 5.3
- 5.4

6. Welche Impfungen haben Sie bisher bekommen (mgl. Impfpaß mitbringen) ?

- 6.1
- 6.2
- 6.3
- 6.4
- 6.5

7. Hatten Sie Knochenbrüche oder Verrenkungen, welche (Schulter, Knie, Fuß) ?

- 7.1
- 7.2
- 7.3
- 7.4

8. Gab es Unfälle (Verkehrsunfall, Schleudertrauma, Stürze) oder auch Bagatellverletzungen wie Umknicken, ausrutschen, Kopf stoßen, o.ä., auch kleine Narben ?

- 8.1
- 8.2
- 8.3
- 8.4
- 8.5

9. Waren Sie je bewußtlos, wann (Unfall, Schock, Herz- Kreislauf) ?

- 9.1
- 9.2
- 9.3

10. Welche Operationen hatten Sie ? Welche Narbe haben Sie jetzt? (Blinddarm, Nierensteine, Kaiserschnitt, Bluttransfusionen)

- 10.1
- 10.2
- 10.3
- 10.4

11. Welche Zahn-, oder kieferorthopädischen Behandlungen sind bei Ihnen durchgeführt worden (Brücken, Kronen, Wurzelbehandlungen, Operationen, Zahnspangen) ?

- 11.1
- 11.2
- 11.3
- 11.4
- 11.5

12. Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein (auch Verhütungsmittel), oder haben Sie über einen längeren Zeitraum einmal eingenommen (Kortison, Schmerzmittel, Antibiotika)?

- 12.1
- 12.2
- 12.3
- 12.4
- 12.5

13. Sind noch andere Therapien bei Ihnen durchgeführt worden (Chemotherapie, Strahlentherapie, Hormonbehandlung, künstliche Befruchtung, alternative Therapien, o.a.) ?

- 13.1
- 13.2
- 13.3
- 13.4

14. Alle Belastungen und Stress gegenüber anderen Menschen und mit sich selbst, jetzt oder früher? (auch Rückseite benutzen, und in Punkten schreiben)

- 14.1
- 14.2
- 14.3
- 14.4
- 14.5
- 14.6
- 14.7

15. Erkrankungen in der Familie ?

- 15.1
- 15.2
- 15.3
- 15.4

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich eine Aufklärung über die Therapie erhalten habe sowie wahrheitsgemäß die Anamnese ausgefüllt habe.

Ort/ Datum:

Unterschrift: