

ANMELDEBOGEN

Name: Beruf: Größe: m

Vorname: geb.: Gewicht: kg

Straße: PLZ / Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Hausarzt / Zahnarzt:

Krankenkasse: HP-Zusatzversicherung Privat | Beihilfe mit Ergänzungstarif | Selbstzahler

Versicherter: selbst mitversichert (Name/Adresse)

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Akute Symptomatik/derzeitige Beschwerden:

✚ Wo ? (Körperregion, Gelenk)

✚ Wie? (stechend, pulsierend, dumpf)

✚ Wann? (Tageszeit, nach Belastung)

✚ Seit wann?

✚ Wie stark? (1 = leicht, 10 = sehr stark) heute: in den letzten 7 Tagen:

✚ Wodurch beeinflussbar? (Lagewechsel, Wärme, Salbe)

Bisherige Therapiemaßnahmen, z. B. Akupunktur, Yoga, Wärmetherapie:

Welche Aktivitäten bereiten Ihnen Probleme bzw. sind nicht oder nur noch eingeschränkt möglich ?

Treiben Sie Sport ? ja nein Rauchen Sie ? ja nein

Sportart(en): Häufigkeit:

Was versprechen Sie sich von der Behandlung?

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

--	--

