



Name \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Behandler \_\_\_\_\_

Auf diesem Bogen finden Sie Fragen, die für die Behandlung wichtig sein können. Selbstverständlich werden Ihre Antworten vertraulich behandelt, wir sind an die Schweigepflicht gebunden. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Was führt Sie zu uns, welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

\_\_\_\_\_

Aufgrund welcher Erkrankung?

\_\_\_\_\_

Wie lange schon?

\_\_\_\_\_

Was haben Sie bisher deshalb unternommen?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? (z.B. Marcumar, Hormonpräparate...?)

\_\_\_\_\_

Haben Sie einen hohen/niedrigen Blutdruck?

\_\_\_\_\_

Allergien?

\_\_\_\_\_

Atemwegs- / Lungenerkrankungen?

\_\_\_\_\_

Andere akute, chronische oder frühere Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

Operationen, Implantate, Unfälle?

\_\_\_\_\_

Befinden Sie sich in psycholog. Behandlung?

\_\_\_\_\_

Belastungen im Alltag? (z.B. Beruf, Familie, Zeitdruck...)

\_\_\_\_\_

Was wünschen Sie sich als Behandlungsziel/-ergebnis?

\_\_\_\_\_

Was sind sie bereit dafür zu tun?

Übungen zuhause  Zusatzübungen in der Praxis  Längere Behandlungszeiten  Ernährung