

Patienten-Fragebogen

Name _____

Familienstand _____ , _____ Kind/er

Anschrift _____

Tel.: _____ Mobiltel.: _____

Erlerner

Beruf _____ Geburtsdatum _____

Momentan ausgeübter

Beruf _____

Sport/Hobbies: _____

Wie fühlen sie sich morgens, wenn sie aufwachen?

Wo/ Welche Beschwerden haben Sie?

Seit wann haben Sie die Beschwerden?

Wie fühlen sich Ihre Beschwerden an? (z.B. stechend, drückend, ziehend, stumpf) Tiefer oder oberflächlicher Schmerz?

Wann/Wobei haben Sie Beschwerden?

Noch andere /weitere Beschwerden? (Blutdruck, Verdauung, Blutzucker, Schilddrüse, Kreislauf, Leber, Galle, Herz, Gelenke)_____

Wie stark empfinden Sie den Schmerz? (bitte setzen Sie ein Kreuz auf der Linie - siehe Rückseite)

kein Schmerz .----- . stärkster (bekanntester) Schmerz
Welche Narben und Verletzungen haben Sie?

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

Welches erstes / minimales Ziel haben Sie für Ihre Behandlung?

Welche OPs hatten Sie schon? Bitte mit Jahresangabe in chronologischer Reihenfolge angeben!

Restsymptome: _____

Hatten Sie schon mal ein Schleudertrauma?

Hatten Sie Unfälle/ Stürze ?

Sind Sie „wetterfühlig“?

Wofür nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Sind sie erblich vorbelastet ?

Gab es Schwierigkeit bei Ihrer eigenen Geburt oder Kindheit?

Was und wie viel trinken Sie am Tag

Rauchen Sie/ andere Süchte? Wie viel am Tag?

Wie viele Schwangerschaften? Jetzt schwanger?

Bei unserer Behandlung mit Reself handelt es sich um eine komplementär medizinische Maßnahme und nicht um eine schulmedizinische Behandlungsform. Des weiteren müssen wir sie darauf hinweisen, dass diese Behandlung keinen Arztbesuch, keine schulmedizinische Diagnose und keine schulmedizinische Behandlung des Krankheitsbildes ersetzt! Der Therapeut trifft keine diagnostischen Maßnahmen. Die Behandlung erfolgt ausschließlich aufgrund vorliegender Diagnosen von Ärzten und Heilpraktikern. Termine, die nicht 24 Std. vorher abgesagt werden, stellen wir Ihnen privat in Rechnung.

Datum, Unterschrift
