

Patientenaufnahme

FRAGEN • DATEN • IHR WOHLBEFINDEN



Persönliche Daten

Name:		Vorname:	
Telefon:		Handy:	
Straße:		Wohnort:	
PLZ:			



Allgemeine Angaben

Geburtsdatum:		Bisherige Operationen:	
Ich bin	☐ rechtshändig	☐ linkshändig	



Beschwerden / Behandlungsgrund

Meine Beschwerden / Ihr Anliegen:



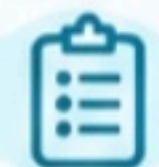
Fragen zur aktuellen Situation

Bitte kreuzen Sie an:

- ☐ Ich habe Schmerzen.
- ☐ Ich bin in ärztlicher Behandlung.
- ☐ Ich nehme regelmäßig Medikamente.
- ☐ Ich habe bereits Physiotherapie erhalten.
- ☐ Sonstiges:

Bitte geben Sie an, seit wann die Beschwerden bestehen:

Was hat die Beschwerden ausgelöst?



Weitere Angaben

Bitte teilen Sie uns mit, ob es noch etwas Wichtiges zu beachten gibt (z. B. Allergien, Unverträglichkeiten, etc.):



Einverständniserklärung

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben für die therapeutische Behandlung genutzt und gespeichert werden.

Datum:

Unterschrift:



Wichtiger Hinweis zu Absagen:

Bei nicht rechtzeitigen Absagen (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) werden 25 € privat in Rechnung gestellt. Behandlungen, die nicht innerhalb von 24 Stunden vor dem Termin abgesagt werden, gelten als nicht wahrgenommen.

Vielen Dank!



Ihre Gesundheit
in guten Händen