

Name _____

Vorname _____

PLZ, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Grund des Besuches

Seit wann _____

haben Sie die Beschwerden? _____

Welche Maßnahmen _____

lindern die Beschwerden? _____

Verschlimmerung tritt ein nach? _____

Vor-/Mitbehandler (z. B. Hausarzt, Orthopäde, Krankengymnast, Osteopath)

Nehmen Sie **Medikamente; Nahrungsergänzungsmittel** ein?

(z.B. auch Schüßlersalze , "Pille")

Name **Dosis** **Grund** der Einnahme (z.B. erhöhter Blutdruck)

Allergien / Unverträglichkeiten (z. B. Lactoseintoleranz)

Operationen **Welche** und **wann?** Bestanden Probleme im Heilungsverlauf?

Unfälle _____

Datum /Unterschrift _____