

Patientendaten

Wir heissen Sie herzlich bei uns willkommen und freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Ihnen. Bitte füllen Sie die folgenden Angaben so gut als möglich aus; das hilft uns Zeit in der Untersuchung zu sparen und erleichtert den administrativen Verkehr mit Versicherer und Arzt. Die Daten unterstehen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort _____

Telefon privat: _____ Telefon Geschäft: _____

Natel: _____ Email: _____

Beruf: _____ Hobby/Sport: _____

Krankenkasse/Versicherung: _____

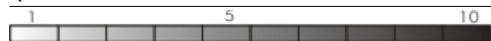
Vers./Unfallnummer: _____

Arzt: _____

Unfalldatum (bei Unfall): _____

Wie verläuft der Schmerz innerhalb 24 Stunden (morgens, tagsüber, abends, nachts)?

Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzintensität ein
(0 = kein Schmerz, 10 = stärkster vorstellbarer Schmerz)



Waren Sie schon früher in physioth. Behandlung?

nein ja, bei _____

Wurden Sie wegen dem gleichen Problem schon vorher behandelt? Hatten Sie Erfolg?

Welche Medikamente nehmen Sie?

Haben Sie noch andere Beschwerden?

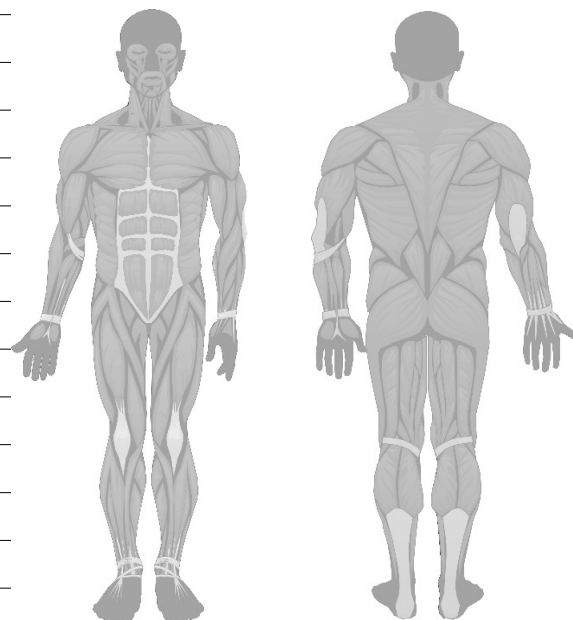
Hatten Sie schon Operationen, schwerere Krankheiten oder Unfälle? Wenn ja, wann?

Mit welchen Erwartungen kommen Sie in die Therapie? Haben Sie einen speziellen Wunsch an uns?

Bemerkungen: _____

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen für Termine, die nicht **24 Stunden vorher** abgesagt werden, 40,00 Franken verrechnen.

Datum: _____ Unterschrift: _____



Bitte zeichnen Sie auf dem Männchen ein, wo Ihr Problem lokalisiert ist.