

Patientenfragebogen Myoreflextherapie



Name / Vorname _____

Adresse: _____

Größe / Gewicht: _____ Geburtstag: _____

Beruf: _____ Familienstand / Kinder: _____

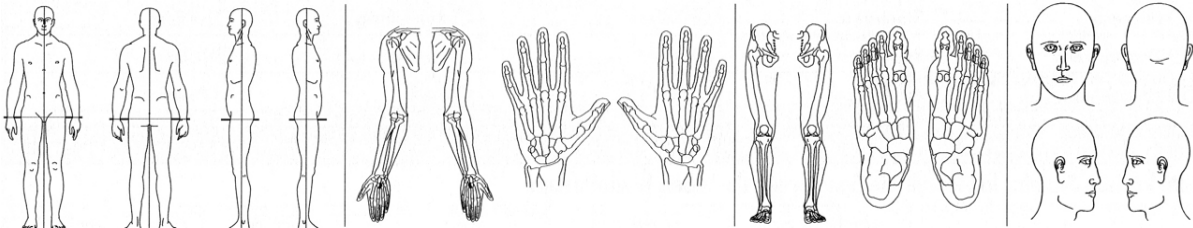
Wieviele Zeit davon
im Sitzen? (in Std.) _____ Hausarzt: _____

Hobby / Sport: _____ Über Empfehlung von: _____

Was ist der Grund Ihres Besuches? _____

Wie äußern sich die Beschwerden und gab es einen Auslöser? _____

Bitte kreuzen Sie in der Zeichnung den Ort Ihrer Schmerzen an.



Angaben zum Allgemeinzustand

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

Ja () Nein () Wenn ja, warum? _____

Haben Sie diagnostizierte Erkrankungen?

(z.B. Stoffwechsel-, Kreislauf-, Organ- oder Gelenkstörungen, Tumore) _____

Gibt es Befunde? (z.B. Röntgen, MRT, CT) Ja () Nein ()

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente/ Vitamine/

Hormone? Falls ja, nennen Sie bitte das Mittel

(die Einnahmehäufigkeit sowie den Einnahmebeginn) _____

Hatten Sie Operationen? Wenn ja, wann und warum? (auch in der Kindheit) _____

**Hatten Sie schwerwiegende Unfälle/ Stürze/
Frakturen/ Trauma?**

Wenn ja, welche und wann? (auch in der Kindheit)

**Sind sie momentan besonderen Belastungen
ausgesetzt?** (familär, beruflich, im Alltag, psychisch)

Ja () Nein () Wenn ja, welchen?

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja () Nein ()

Rauchen Sie? Ja () Nein ()

Nehmen Sie Drogen? Ja () Nein ()

Trinken Sie Alkohol? Ja () Nein ()

Organanamnese

Haben Sie Beschwerden / Störungen / Krankheiten mit einem oder mehreren der folgenden Zustände?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an:

Kopfschmerzen ()	niedriger Blutdruck ()	Empfindungsstörungen ()	Trägheit ()
Migräne ()	Bluthochdruck ()	Schilddrüsenüberfunktion ()	Rheuma ()
Schwindel ()	Schlaganfall ()	Schilddrüsenunterfunktion ()	Ohrgeräusche ()
Bewusstlosigkeit ()	Epilepsie ()	Verdauungsstörungen ()	Krebs ()
Herzkrankheiten ()	Diabetes mellitus ()	Magenbeschwerden ()	Darmbeschwerden ()
Augenprobleme ()	Lungenerkrankung ()	Kieferprobleme ()	Leberbeschwerden ()
Rückenbeschwerden ()		Nierenerkrankung ()	

Nähere Erläuterungen

Gibt es familiäre gesundheitliche

Vorbelastungen? Ja () Nein ()

Wenn ja, welche?

Für Frauen

Haben bzw. hatten Sie Menstruationsbeschwerden? Ja () Nein ()

Schwangerschaften?

Für Männer

Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Prostata? Ja () Nein ()

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten auch im Falle einer Nichterstattung durch die Versicherung in vollem Umfang durch mich zu bezahlen sind. Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vor dem Termin) abgesagt werden, können in Rechnung gestellt werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Datum

Unterschrift
