



Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf dieser Seite, damit wir Ihrem Kind besser helfen können.

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Beruf: ..... Hobby/Sport: .....

Tel. privat: ..... Tel. dienstl.: .....

Tel. mobil: ..... Krankenkasse: .....

E-Mail: ..... wenn privat versichert: Beihilfe  ja  nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

Hausarzt: .....

Verordnender Arzt: ..... Medikamente: .....

Diagnose: ..... Allergien: .....

## Zusätzliche Diagnosen:

Herz/Lunge:  nein  ja

Schrittmacher:  nein  ja

Nieren/Blase:  nein  ja

Knochenbrüche:  nein  ja

Operationen/Narben:  nein  ja

Krebs:  nein  ja

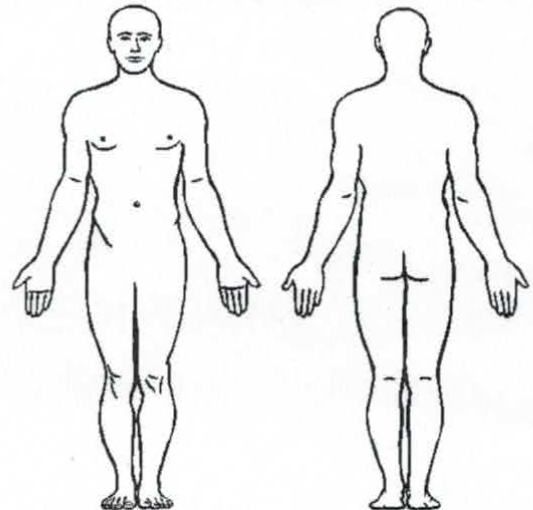
Diabetes:  nein  ja

Erbkrankheiten:  nein  ja

Neurologische Erkr.:  nein  ja

Sind Sie in den letzten  
Monaten außerhalb  
Europas verreist?  nein  ja

Hatten Sie einen  
Zeckenbiss bzw. eine  
kreisförmige Rötung  
am Körper?  nein  ja



Bitte kreisen Sie auf der Abbildung ein, wo Ihre Beschwerden sind.

## Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden: (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

Seit wann: ..... Schmerzen: 24 Std., Nacht, Anlaufschmerz  
 Wodurch (Ursache): ..... morgens, am Tag, am Ende des Tages, stechend, bohrend,  
 ausstrahlend, lokal, dumpf, hell, scharf,  
 Was verringert die Beschwerden? ..... Sonstiges?  
 Was verstärkt die Beschwerden? ..... Schwellungen / Ödeme?

Was können Sie wegen der Beschwerden im Alltag nicht tun?

(vom Therapeuten auszufüllen)

Lig. transversum atlantis: positiv/negativ VAS Schmerzen: 0----- 10

Ligg. alaria: positiv/negativ Vorsichtsmaßnahmen:

A. vertebralis (De Kleyn-Test): positiv/negativ

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen **24 Stunden vorher** absagen muss. Andernfalls erhalte ich eine Rechnung für das Ausfallhonorar i.H.v. 20,00 €. Die aushängenden Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wünsche, bis auf schriftlichen Widerruf, den Versand von Dokumenten (z.B. Therapieberichte) an mitbehandelnde Ärzte / Überweiser per E-Mail:  ja  nein

Datum: ..... Unterschrift: .....