

# Neuanmeldung / Fragebogen

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

Natel:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Krankenkasse (Zusatz):

Unfallversicherung:

Hausarzt:

Beruf:

Hobbys:

Sport:

## Behandlungsgrund:

## Gesundheitsfragen

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

- Nein  Ja, Grund?

Haben Sie eine ärztliche Diagnose?

- Nein  Ja, welche?

Haben Sie Herz-, oder Kreislauferkrankungen?

- Nein  Ja, welche?

Ihr Blutdruck ist?

- Normal?  Zu hoch / tief?

Haben Sie Asthma oder Atemwegsbeschwerden?

- Nein  Ja

Haben oder hatten Sie Venenbeschwerden?

- Nein  Ja, welche?

Haben oder hatten Sie einen Tumor oder eine andere Krebsart?

- Nein  Ja, welche?

Hatte ein Familienmitglied einen Tumor oder eine andere Krebsart?

- Nein  Ja, welche?

Haben Sie Osteoporose?

- Nein  Ja

Haben Sie rheumatische Erkrankungen?

- Nein  Ja, welche?

Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (Diabetes, Schilddrüse, Cholesterin, Hormonstörungen, etc.)

- Nein  Ja, welche?

Haben Sie eine Nervenerkrankung? (Parkinson, MS, Epilepsie, etc.)

- Nein  Ja, welche?

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen Fieber?

- Nein  Ja

Haben Sie Allergien?

- Nein  Ja, welche?

Haben Sie Hautkrankheiten?

- Nein  Ja, welche?

Haben Sie infektiöse Krankheiten (AIDS, Hepatitis, etc.)?

- Nein  Ja, welche?

Andere Erkrankungen / Knochenbrüche?

- Nein  Ja, welche?

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen?

- Nein  Ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

- Nein  Ja welche?

Hatten Sie Operationen?

- Nein  Ja, welche?

Hatten Sie mal einen Unfall?

- Nein  Ja, welcher?

Sind Sie schwanger?

- Nein  Ja, in welcher Woche?

Sonstige wichtige Informationen an den Therapeuten:

**Hiermit bestätige ich, die obenstehenden Fragen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!**

**Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass die Quittung mit dem Rückforderungsbeleg per Mail zugestellt wird.**

Datum:

Unterschrift Patient/in: