



Persönliche Daten

Vorname: _____ Nachname: _____

Vor- und Nachname der Eltern (bei Kindern): _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Ausgleichsaktivitäten/Hobbies? _____

Rechnung: per Mail per Post

Krankenkassenkartennummer (Zusatzversicherung): 807 _____

Hausarzt: _____ Ort der Praxis: _____

Angaben zum Gesundheitszustand

Welche Beschwerden führen Sie zu mir? _____

Unfall Krankheit

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? _____

Wann treten diese Beschwerden auf? (regelmässig oder nach bestimmtem Schema?)

Beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen? (stechend, brennend, reissend, ziehend, klopfend, drückend, einschliessend, etc. ...?) _____

Sind Sie zurzeit in Behandlung oder in Therapie? (Arzt, Physiotherapie, Ergotherapie, etc.?)

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? (Falls ja, welche und wann?) _____

Erlitten Sie Unfälle? (Falls ja, welche und wann?) _____

Nehmen Sie Medikamente ein? (Falls ja, welche und zu welcher Diagnose?) _____

Wurden jemals Krankheiten wie ADHS, ADS, HIV, Tbc, Hepatitis, Krebs, Depressionen festgestellt? _____

Haben oder hatten Sie Kreislaufprobleme, Osteoporose, Krampfadern, Fieber, Blutdruckprobleme? Besteht eine Schwangerschaft? _____

Leiden Sie an Allergien/Unverträglichkeiten? _____

WICHTIGE INFORMATIONEN

- Die Bezahlung der Behandlungskosten und die Abklärung über eine allfällige Kostenbeteiligung aus der Zusatzversicherung (Komplementär) der Krankenkasse oder Unfallversicherung ist Sache des Klienten. Ebenso eine eventuelle schriftliche Kostengutsprache.
- Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben, bin von der Therapeutin betreffend Behandlungsablauf sowie Behandlungskosten informiert worden und damit einverstanden.
- Ich wurde darauf hingewiesen, eine schulmedizinische Behandlung keinesfalls ohne Rücksprache mit dem Arzt abzubrechen.
- Es wurden mir keinerlei Heilversprechen gemacht.
- Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Stunden vorher ab, da sie sonst verrechnet werden.
- Ich akzeptiere die Datenschutzbestimmungen.

Ort & Datum: _____

Unterschrift: _____