

Nachname: _____ Vorname: _____

Strasse/Hausnr. _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Email: _____

Geb.-Datum: _____ Beruf: _____

Welchen Sport betreiben Sie? _____

Wie oft? _____

Wo haben Sie Schmerzen? (bitte in der Zeichnung markieren)

Seit wann? _____

Was wurde bisher unternommen? _____

Wurden Sie schon mal operiert? ja nein

Wenn ja, woran? _____

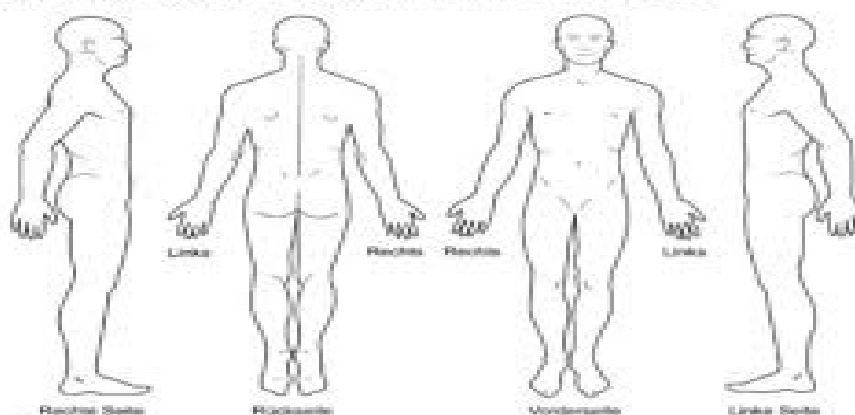
Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte zeichnen Sie im Körperschema ein, an welchen Stellen Ihre Schmerzen auftreten.



Die erste Behandlung beträgt ca. 90 Minuten. Eine Folge Behandlung beträgt ca. 50-60 Minuten. Der Betrag ist im Anschluss an die jeweilige Behandlung vor Ort zu entrichten und ist eine reine Privatleistung. Bitte sagen Sie Ihre Termine mind. 24 Std. im Voraus ab, da wir Ihnen den Termin sonst in Rechnung stellen müssen.

Datum & Unterschrift Patient