



# Patienten~Befundbogen

Name: \_\_\_\_\_

Straße / Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Momentan ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wie fühlen Sie sich morgens, wenn Sie aufwachen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wo / Welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie diese Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie fühlen sich Ihre Beschwerden an? (z.B. drückend, stechend, stumpf, ziehend...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wann / Wobei haben Sie Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Noch andere / weitere Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wie stark lebenseinschränkend empfinden Sie die Beschwerden? (Setzen Sie bitte ein Kreuz auf der Linie) keine Beschwerden 

---

 stärkste Ihnen bekannte Beschwerden

Welche Narben und Verletzungen haben Sie? \_\_\_\_\_

---

---

---

Welche Operationen hatten Sie schon? \_\_\_\_\_

---

---

---

Hatten Sie schon einmal ein Schleudertrauma  nein  ja wann? \_\_\_\_\_

Sind Sie „wetterfühliger“?  nein  ja und zwar \_\_\_\_\_

Wofür nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? \_\_\_\_\_

---

---

---

Was und wieviel trinken Sie am Tag? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja ca. \_\_\_\_\_ Stück / Tag

Sind Sie z. Zt. Schwanger?  nein  ja in der \_\_\_\_\_ Woche

Haben Sie einen Herzschrittmacher  nein  ja seit \_\_\_\_\_



Bei unserer Behandlung handelt es sich um eine komplementär medizinische Maßnahme und nicht um eine schulmedizinische Behandlungsform. Des Weiteren müssen wir darauf hinweisen, dass diese Behandlung keinen Arztbesuch, keine schulmedizinische Diagnose und keine schulmedizinische Behandlung des Krankheitsbildes ersetzt. Der Therapeut trifft keine diagnostischen Maßnahmen. Die Behandlung erfolgt ausschließlich aufgrund vorliegender Diagnosen von Ärzten und Heilpraktikern. Termine, die nicht 24 Stunden vorher abgesagt werden, stellen wir Ihnen privat in Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift