

## Gesundheitsfragebogen

Vorname / Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Familienstand/Kinder: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Größe / Gewicht: \_\_\_\_\_

Was ist der Grund für Ihren Besuch und wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam?

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Erfahrung mit Rolfing, der Homöopathie oder anderen Körpertherapien? . \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie akute oder chronische Beschwerden? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen, Knochenbrüche, Unfälle? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig oder bei Bedarf rezeptpflichtige oder frei verkäufliche Medikamente ein? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher, zahnärztlicher, kieferorthopädischer oder psychiatrischer Behandlung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurden Sie in diesem oder im letzten Jahr ambulant oder stationär im Krankenhaus behandelt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es Vorbefunde zu Ihren Beschwerden (z.B. Arztbriefe, Röntgen-, MRT-, CT-Befunde)? \_\_\_\_\_

Falls „Ja“, bringen Sie diese gerne zum Erstgespräch mit.

Bei bestimmten Erkrankungen ist eine Rolfing® Behandlung nur eingeschränkt durchführbar, bzw. einige Erkrankungen schließen eine Behandlung ganz aus.

Im Erstgespräch werde ich Sie deshalb nach den folgenden Erkrankungen fragen:

	Ja / Nein	Wenn „Ja“, was liegt/lag bei Ihnen vor?	Seit wann:	Nicht mehr seit:
<b>Herzerkrankung</b> z.B. Infarkt, Herzklappenfehler				
<b>Gefäßerkrankung</b> z.B. Krampfadern, Aussackungen, Verengungen, hoher Blutdruck, Durchblutungsstörungen				
<b>Krebserkrankung</b> z.B. Blutkrebs, Organkrebs				
<b>Psychiatrische Erkrankung</b> z.B. Depression, Schizophrenie Psychose, Wahnvorstellung				
<b>Stoffwechselerkrankung</b> z.B. Schilddrüsenerkrankung, Zuckerkrankheit, Gicht				
<b>Magen/Darm Erkrankung</b> z.B. Reflux, Divertikel, Gallenstein				
<b>Infektionskrankheit</b> z.B. Pilzerkrankung, Herpes Tuberkulose, Gürtelrose, AIDS, Windpocken, COVID 19				
<b>Knochenerkrankung</b> z.B. Osteoporose				
<b>Gelenkerkrankung</b> z.B. Verschleiß, Endzündung, Knorpel-, Bänder-Schaden, Künstliches Gelenk				
<b>Wirbelsäulenerkrankungen</b> z.B. Verkrümmung, Verschleiß, Bandscheibenerkrankung				
<b>Allergische Erkrankungen</b> z.B. Heuschnupfen, Kontakt Allergie, Autoimmunerkrankung				
<b>Lungenerkrankungen</b> z.B. Asthma, COPD, Tuberkulose				
<b>Blutgerinnungsstörungen</b> z.B. Sind Sie Bluter? Nehmen Sie Blut verdünnende Medikamente?				
<b>Nervenschäden</b> z.B. Empfindungsstörungen, Kribbeln, Ameisenlaufen, Krämpfe				
<b>Narbenstörungen</b> z.B. Verwachsungen, Schmerzen oder Empfindungsstörungen				
<b>Sonstiges</b> z.B. bei Frauen ggf. Spirale, Schwangerschaft				