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 körperliche 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 durch einen Heilpraktiker 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:
Herzerkrankungen z.B. Herzinfarkt, Herzklappenfehler				
Blutgefäßerkrankungen z.B. Krampfader, Aussackung, Verengung, hoher Blutdruck, Durchblutungsstörung				
Krebserkrankungen z.B. Blutkrebs, Organkrebs				
Psychiatrische Erkrankungen z.B. Depression, Schizophrenie Psychose, Wahnvorstellung				
Stoffwechselerkrankungen z.B. Schilddrüsenerkrankung, Zuckerkrankheit, Gicht				
Magen/Darm Erkrankungen z.B. Reflux, Divertikel, Gallenstein				
Infektionskrankheiten z.B. Pilzerkrankung, Herpes, Tuberkulose, Gürtelrose, Windpocken, COVID 19				
Knochenerkrankungen z.B. Osteoporose				
Gelenkerkrankungen z.B. Gelenkverschleiß, Endzündung, Knorpel-, Band-, Kapselschaden, Künstliches Gelenk				
Wirbelsäulenerkrankungen z.B. Verkrümmung, Verschleiß, Bandscheibenerkrankung				
Allergische Erkrankungen z.B. Heuschnupfen, Kontakt Allergie, Autoimmunerkrankung				
Lungenerkrankungen z.B. Asthma, COPD, Tuberkulose				
Blutgerinnungsstörungen z.B. Sind Sie Bluter? Nehmen Sie Blut verdünnende Medikamente ein?				
Nervenschäden z.B. Lähmungserscheinungen, Kribbeln, Ameisenlaufen, Krämpfe				
Narbenstörungen z.B. Verwachsungen, Schmerzen oder Empfindungsstörungen				
Sonstiges z.B. bei Frauen ggf. Spirale, Schwangerschaft, Geburten				