



GLÜCKSGRIFF - GANZHEITLICHE PHYSIOTHERAPIE

Kurzbefund

Name:

Datum:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Hausarzt:

Behandelnder Facharzt:

Beruf:

Hobby:

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon einmal eine OP oder einen Unfall?

Haben Sie aktuelle Beschwerden mit eventuellen Auslösern?

Haben Sie chronische Beschwerden oder Erkrankungen?

Haben Sie bildgebende Verfahren wie Röntgenbilder / MRT?

Gab es bisher schon eine Therapie? Wenn ja, in welcher Form?



GLÜCKSGRIFF - GANZHEITLICHE PHYSIOTHERAPIE

Kurzbefund

Haben Sie familiäre Vorbelastungen?
(Erbkrankheiten, Allergien, Unverträglichkeiten)

Schlafen Sie gut? Wenn ja, wie viel?

Gibt es Auffälligkeiten in der Verdauung? Ist sie
regelmäßig?

Gibt es bestimmte Unverträglichkeiten in Bezug
auf das Essen und Trinken?

Leben Sie nach bestimmten
Ernährungsrichtlinien?

Wie viel trinken Sie am Tag und was?

Was erwarten Sie von der Behandlung?