

ANAMNESE - HAUPTDATENBLATT

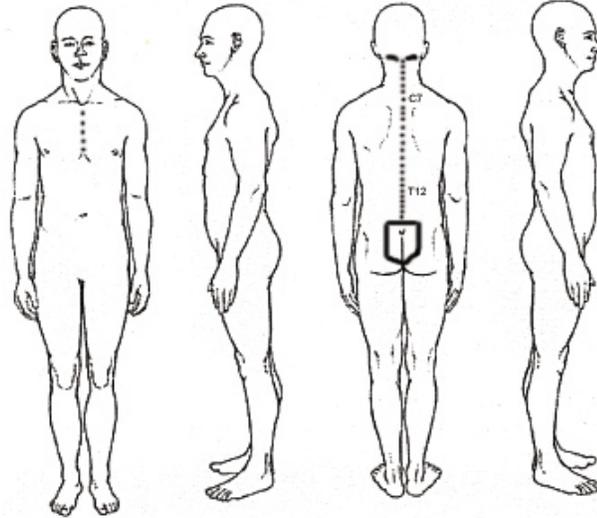
Nachname	Vorname(n)		
Geburtsdatum	Gesetzlicher Vertreter (falls unter 18)		
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Stadt / Ort	Tel. Nr.	
Beruf			
Wie haben Sie von uns gehört?			
Was erwarten Sie sich von der(n) ersten Behandlung(en)			
SV-Nr.	Versichert bei	Zusatzversicherung	

KRANKENGESCHICHTE

Hausarzt	Andere HelferInnen (Physio, Massage, Chiropraktik, TCM, Akupunktur, etc.)		
Allergien			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kopfweg / Migräne <input type="checkbox"/> Angst / Depressionen <input type="checkbox"/> Sehbeschwerden <input type="checkbox"/> Hörbeschwerden <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Atmungsbeschwerden 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kreislaufbeschwerden <input type="checkbox"/> Neurologische Beschwerden <input type="checkbox"/> Lymphatische Probleme <input type="checkbox"/> Schilddrüse <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme <input type="checkbox"/> Krebs <input type="checkbox"/> Arthritis 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden <input type="checkbox"/> Hautbeschwerden <input type="checkbox"/> Andere: 	
Operationen und chirurgische Eingriffe			
Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel			
Schlafqualität			
<input type="radio"/> Schlecht <input type="radio"/> Okay <input type="radio"/> Traumhaft			
Momentane Schmerzen			
Schwach 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Stark			
<input type="radio"/> Akut oder <input type="radio"/> Chronisch?			

WO TUT'S WEH?

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Beschwerden oder zeichnen Sie sie aufs 'Mankale':



IM NOTFALL ZU VERSTÄNDIGEN

Name	Tel. Nr:
------	----------

EINWILLIGUNG ZUR BEHANDLUNG UND DATENVERARBEITUNG

Die von mir zur Verfügung gestellten Daten entsprechen der Wahrheit und wurden von mir nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich akzeptiere die Stornierungsregeln. Ich bin mit der manuellen Behandlung einverstanden. Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in Österreich in dieser Praxis verwaltet und gespeichert werden. Diese Daten dürfen auch mit anderen Therapeuten und Ärzten geteilt werden, die ich im Rahmen meiner Untersuchung und Behandlung nenne.

Unterschrift	Datum
--------------	-------

STORNIERUNGSREGELN: Ich kann meine Behandlung online, telefonisch, per E-Mail oder persönlich bis zu 24 Stunden vor dem Termin stornieren. Bei einer Stornierungsbenachrichtigung innerhalb von 24 Stunden können 50% des Betrages fällig werden. Versäumte Termine ohne jegliche Benachrichtigung werden für den vollen Betrag in Rechnung gestellt. Außerordentliche oder unvorhersehbare Umstände werden berücksichtigt und sind von dieser Regel ausgenommen.