

## Anmeldebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Zeiten: \_\_\_\_\_

Medikamente: \_\_\_\_\_

Untersuchungen: \_\_\_\_\_

Was ist das Problem?

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

Seit wann? \_\_\_\_\_

Wann? Morgens

Mittags

Abends

Nachts

Welche

Haltungen/Bewegungen? \_\_\_\_\_

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

Wie ist der Schmerz? \_\_\_\_\_

Gibt es Bewegungen, die die Schmerzen  
verstärken/verringern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankheitsgeschichte(Unfälle, Operationen, längere  
Erkrankungen) \_\_\_\_\_

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