

# Anmeldeformular

# Praxis Schottroff

Ihre Angaben auf diesem Fragebogen sind wichtig für die Planung der Behandlungen. Nehmen Sie sich daher genügend Zeit und beantworten Sie bitte die Fragen vollständig und wahrheitsgetreu. Ich danke Ihnen jetzt schon für Ihr Vertrauen.

**Anrede**                     Frau                     Herr                    (bitte in Blockschrift ausfüllen)

**Name** \_\_\_\_\_

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Strasse** \_\_\_\_\_

**PLZ / Wohnort** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Telefon / Mobile** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

<b>Gesundheitsfragen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Welche / Warum</b>
Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aktuelle Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operationen (die letzten 3 Jahre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krankheiten / Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chronische Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergien / Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautprobleme / Ausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- / Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzbeschwerden / Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kopfschmerzen / Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Atemnot / Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hüftprobleme / Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Welche / Warum</b>
Bluthochdruck / zu tiefer Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Krampfadern / Gefässerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zurzeit Fieber / Grippe-Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bluterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Nur für Frauen zum Ausfüllen:**

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Aktuell in einer Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ich bitte Sie, ohne Aufforderung mir allfällige Veränderungen was Ihr Gesundheitszustand betrifft zu Beginn des nächsten Termins mitzuteilen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Therapie bei Praxis Schottroff keine Heilbehandlung darstellt. Somit auch keinen Ersatz für eine ärztliche Diagnose / Behandlung oder psychologische / psychotherapeutische Beurteilung ist. Ich nehme auch zur Kenntnis, dass ich mich für die Diagnoseerstellung oder Therapie an meinen Hausarzt, Psychologen oder Psychotherapeuten zu wenden habe.

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

Unterschrift:  
\_\_\_\_\_

