

Erstbefragungsbogen

Name:.....

Adresse:.....

.....

Telefonnummer:.....

Beruf:.....

Ihr Hauptanliegen: Mit welchen Beschwerden kommen Sie zu mir in die Praxis?

.

.

.

Wie stark fühlen sie sich durch diese Beschwerden im Alltag eingeschränkt?

.

.

.

Wie ist Ihr Energie-Niveau?

1 = sehr gering, 10 = sehr hoch

Wie stark sind Ihre Schmerzen?

1 = sehr gering, 10 = sehr hoch

Welche chronischen oder infektiösen Erkrankungen haben Sie sonst noch?

-
-
-

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

-
-
-

Haben Sie Allergien?

Wenn ja, welche?

-
-
-

Sind Sie schwanger?

(Wenn nein: Sollten Sie im Laufe der Behandlung schwanger werden, so müssen Sie mir das sofort mitteilen!)

Münster, den

Unterschrift