

KURZ – Fragebogen Beschwerden / Kontraindikationen Name: _____

Beschreiben Sie kurz die Beschwerden, weshalb Sie zu uns kommen:

Seit wann haben Sie die Beschwerden?:

Wo ?:

Wodurch werden sie besser?:

..und schlechter ?:

Stellen Sie sich vor : 10 ist Maximalbeschwerde / 0 gar keine. Wo sind Sie?(0-10) :

Nehmen Sie Medikamente ein , wenn ja welche ?

Sind die Beschwerden nachts stärker? ...und/oder bewegungsabhängig ?

Was haben Sie bereits versucht, um Abhilfe zu schaffen?

Welche Therapien wurden bereits bei Ihnen durchgeführt?

Treiben Sie Sport? Welcher Art?

Leiden Sie unter Osteoporose? Knochenbrüche?

Leiden Sie unter Herz-/Kreislaufkrankungen?

Gibt es bekannte Veränderungen an der Wirbelsäule?

Organische Erkrankungen?

Gefäßveränderungen?

Bösartige Tumore?

Operationen?

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

Leiden Sie unter psychischen Erkrankungen oder Epilepsie?

Gab es neurologische Ausfälle (Missempfindungen der Haut, Kraftmangel?)

Wenn ja, wo ?

Datum/Unterschrift : _____

Anamnestische Ergänzungen durch den Therapeuten :