René Eichler & Team

Praxis für Physiotherapie und Osteopathie

Luisenplatz 1 · 14471 Potsdam
Tel. 0331 9679495
info@physiotherapie-eichler.de

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf dieser Seite, damit wir Ihnen besser helfen können.

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

Beruf: ..... Hobby/Sport: .....

Tel. privat: ..... Tel. dienstl.: .....

Tel. mobil: ..... Krankenkasse: .....

E-Mail: ..... wenn privat versichert: Beihilfe ☐ ja ☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? .....

Hausarzt: .....

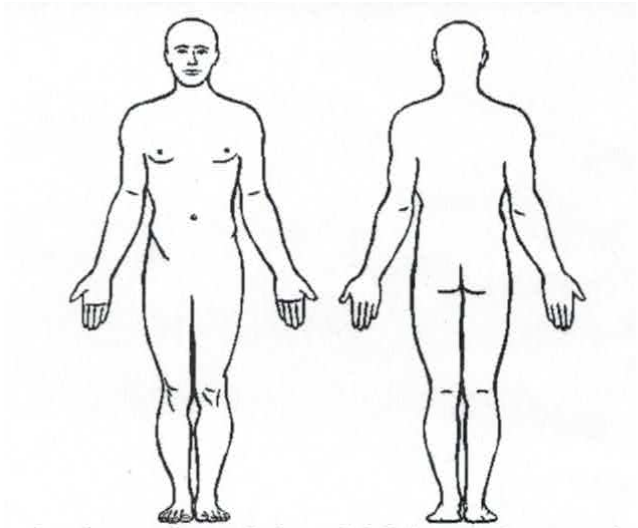
Verordnender Arzt: ..... Medikamente: .....

Diagnose: ..... Allergien: .....

Zusätzliche Diagnosen:

Herz/Lunge:	☐ nein	☐ ja
Schrittmacher:	☐ nein	☐ ja
Nieren/Blase:	☐ nein	☐ ja
Knochenbrüche:	☐ nein	☐ ja
Operationen/Narben:	☐ nein	☐ ja
Krebs:	☐ nein	☐ ja
Diabetes:	☐ nein	☐ ja
Erbkrankheiten:	☐ nein	☐ ja
NeurologischeErkr.:	☐ nein	☐ ja
Sind Sie in den letzten Monaten außerhalb Europas verreist?	☐ nein	☐ ja
Hatten Sie einen Zeckenbiss bzw. eine kreisförmige Rötung am Körper?	☐ nein	☐ ja

Anmerkungen:



Bitte kreisen Sie auf der Abbildung ein, **wo** Ihre Beschwerden sind.

Bitte beschreibenSie Ihre Beschwerden: *(Bitte Zutreffendes unterstreichen)*

Seit wann:

Wodurch (Ursache):

Was verringert die Beschwerden?

Was verstärkt die Beschwerden?

Schmerzen: 24 Std., Nacht, Anlaufschmerz

morgens, am Tag, am Ende des Tages, stechend, bohrend, ausstrahlend, lokal, dumpf, hell, scharf,

Sonstiges?

Schwellungen / Ödeme?

Was können Sie wegen der Beschwerden im Alltag nicht tun?

(vom Therapeuten auszufüllen)

Lig. transversum atlantis:	positiv/negativ	VAS Schmerzen: O----------—----------—-- 10
Ligg.alaria:	positiv/negativ	Vorsichtsmaßnahmen:
A. vertebralis (De Kleyn-Test):	positiv/negativ	

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmenkann, diesen **24 Stunden vorher** absagen muss. Andernfalls erhalte ich eine Rechnungfür das Ausfallhonorar i.H.v. 20,00 €. Die aushängenden Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich wünsche, bis auf schriftlichen Widerruf, den Versand von Dokumenten (z.B. Therapieberichte) an mitbehandelnde Ärzte / Überweiser per E-Mail: ☐ ja ☐ nein

Datum: ..... Unterschrift: .....

Speichern nicht vergessen

Sie können dieses Formular online ausfüllen und direkt an uns senden.

Formular senden >

info@physiotherapie-eichler.de