

# PATIENTENSTAMMBLATT



Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Soz.Vers.Nr: \_\_\_\_\_ Geb.Dat: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Plz: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Hobbies: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

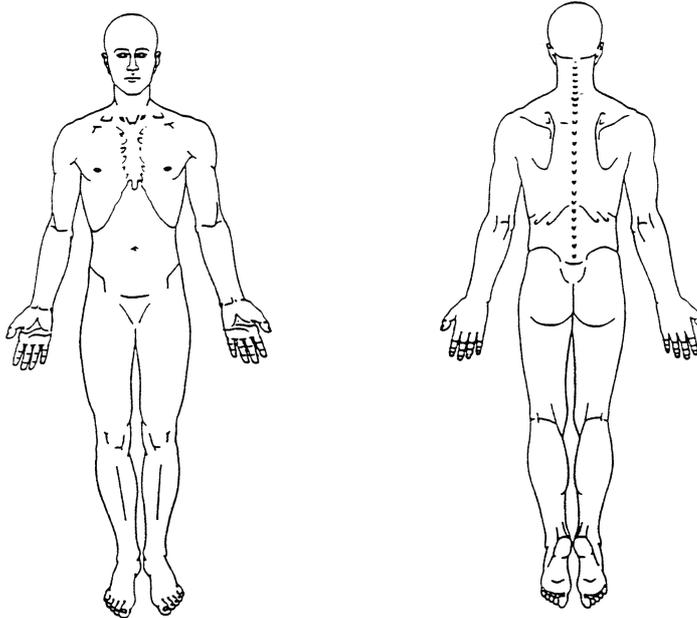
Bisherige Operationen [Was/Wann]? \_\_\_\_\_

Zusätzlich bekannte Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Unfälle [Was/Wann]: \_\_\_\_\_

Mein Hauptproblem: \_\_\_\_\_

Bitte tragen Sie Ihre Schmerzbereiche in dieser Körpertabelle ein, und notieren Sie die Intensität von 1 [wenig] bis 10 [sehr stark]



Seit wann haben Sie diese Schmerzen? \_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Physiotherapie?  Ja  Nein Wie haben Sie von uns erfahren? \_\_\_\_\_

Sollte es zu Terminverschiebungen kommen, wie dürfen/sollen wir Sie informieren?  Telefon  SMS  Email

Sollten Sie einen Behandlungstermin nicht einhalten können, stornieren Sie diesen bitte mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn.  
Andernfalls bitten wir um Ihr Verständnis, dass die Therapiezeit in Rechnung gestellt wird. Bei Verspätungen verkürzt sich die  
Behandlungszeit. Unsere AGB's gelten mit Ihrer Unterschrift als akzeptiert.

Datum:

Unterschrift: