



Anmeldebogen

Um das Erstgespräch zu verkürzen, bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

Vor-/Nachname:.....

Anschrift:.....

Telefon privat:.....beruflich:.....

Mail:.....Fax:.....

Geburtsdatum / -Ort:.....

Beruf:.....

Familienstand:.....Kinder (Anzahl+Alter):.....

Krankenversicherung: privat gesetzlich Zusatzversicherung Beihilfe

Name der Versicherung / Tarif:.....

Hausarzt/ärztin:.....

Medikamente /Dosierung /seit wann?:.....

.....

Erkrankungen/Operationen/Unfälle:.....

.....

Allergien / Unverträglichkeiten:.....

.....

.....

Sind Sie schwanger? ja nein



Familiäre Belastungen/Erkrankungen:.....

.....

.....

Sind Sie momentan in ärztlicher/psychiatrischer Behandlung? ja nein

Wenn ja, weshalb?.....

Wurden Sie schon mit Akupunktur behandelt? ja nein

Wurden Sie schon mit chin. Arzneimitteltherapie behandelt? ja nein

Beschwerden /Nebenwirkungen der Behandlungen? ja nein

Wenn ja, welche?.....

Welche Beschwerden führen Sie zu mir?.....

.....

.....

.....

Was ist Ihr größtes Anliegen / Ziel der Behandlung?.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten