

Haben Sie Grunderkrankungen? Wenn ja, welche?

- Herz-Kreislauf-Erkrankung
- Osteoporose
- Diabetes
- Asthma
- Krebserkrankung
- Epilepsie
- sonstiges:

Nehmen Sie Medikamente ein?

- nein
- ja, welche

Haben Sie aktuelle Befunde? Wenn ja, bitte zum nächsten Behandlungstermin mitbringen (auch Röntgenaufnahmen, MRT, ...).

- nein
- ja

Bisher durchgeführte Maßnahmen?

- Spritzen
- Akupunktur
- sonstiges:
- keine

Wurden Sie jemals operiert?

- nein
- ja, bitte Zeitpunkt und Art angeben:

Unterschrift: