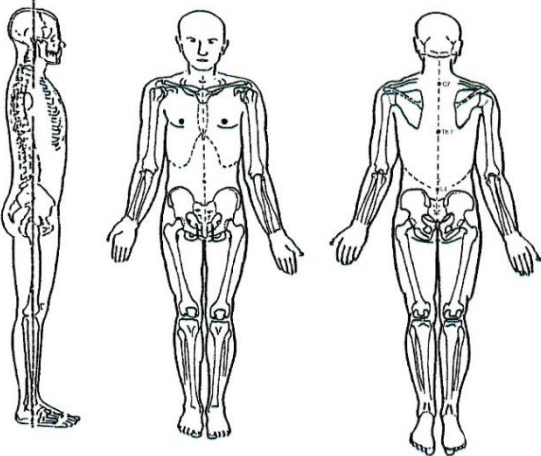
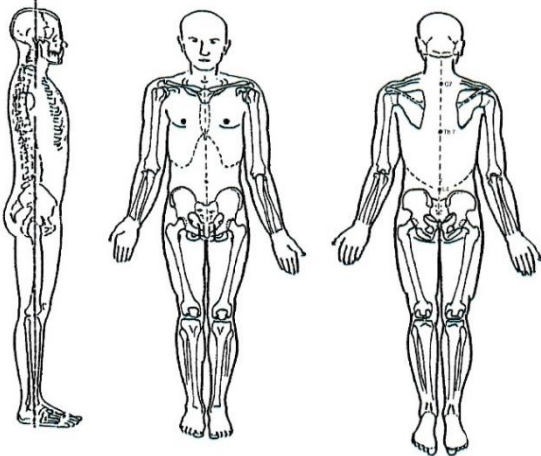
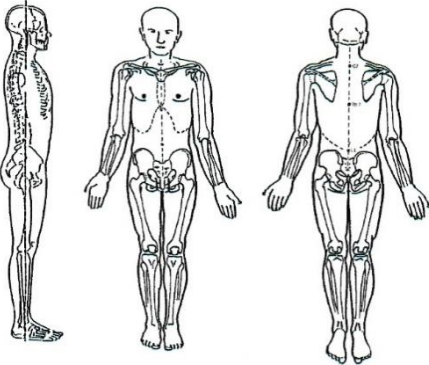


# Anamnese Formular

Name	
Adresse	Geburtsdatum
E-Mail	Telefonnummer
<b>Termine bitte bei Unwohlsein und Krankheit <u>kostenlos</u> verschieben.</b>	
<p>Anmerkungen zu den Behandlungen / Therapien:</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstzahler</p> <p><input type="checkbox"/> IV-Bezüger</p> <p><input type="checkbox"/> Student</p> <p><input type="checkbox"/> Schüler mit Skoliose</p> <p><input type="checkbox"/> Grenzgänger DE / AT / IT</p> <p><input type="checkbox"/> Rückforderungsbeleg APM für die Zusatzversicherung der Krankenkasse gewünscht</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges</p>	<p><b>Zuweisung durch Arzt? Bitte Verordnung vorweisen. Zur Abrechnung bei der Krankenkasse oder SUVA <u>bitte mit den Rückforderungsbelegen einreichen.</u></b></p> <p>Krankenkasse / Zusatzversicherung / Versicherungsnummer:</p> <p>SUVA / Adresse / Unfallnummer:</p> <p>AHV - Nummer:</p>
Kinder: Anzahl + Alter / aktuell schwanger?	Körpergrösse / Gewicht
Diagnose durch Arzt	allgemeiner gesundheitlicher Zustand/ Bisheriger Verlauf
Tattoo / Piercings / andere	Medikamente: regelmässig / sporadisch
Zusätzliche Angaben zu Vorerkrankungen	Geplante Operationen / Weitere und zusätzliche Therapien / Behandlung sowie psychologische Betreuung

<p>Angaben zu Unfällen</p> 	<p>Sonstige bekannte Blockaden</p> 	
<p>Besondere Merkmale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Operationen / Brüche</li> <li><input type="checkbox"/> Prothesen</li> <li><input type="checkbox"/> Narben</li> <li><input type="checkbox"/> Implantate</li> <li><input type="checkbox"/> Amputationen</li> <li><input type="checkbox"/> Nichtverheilte Brüche</li> <li><input type="checkbox"/> falsch zusammengewachsene Knochen</li> <li><input type="checkbox"/> Druckempfindliche Stellen</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige</li> </ul>	<p>Offene Wunden - gut heilend?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ja</li> <li><input type="checkbox"/> nein</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstiges</li> </ul>	<p>Konsum?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rauchen</li> <li><input type="checkbox"/> Alkohol</li> <li><input type="checkbox"/> drogenähnliche Substanzen</li> <li><input type="checkbox"/> Sonstige</li> </ul>
	<p>Bekannte Allergien / Unverträglichkeiten</p>	<p>Ansteckende Krankheiten</p>
<p>Situation im Körper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Schmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Migräne</li> <li><input type="checkbox"/> Schwindel</li> <li><input type="checkbox"/> Restless Legs / müde Beine</li> <li><input type="checkbox"/> Angstgefühle / Nervosität</li> <li><input type="checkbox"/> Neuralgien / Nervenschmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Übelkeit / Unwohlsein</li> <li><input type="checkbox"/> Magen- Darm Probleme</li> <li><input type="checkbox"/> Ischialgie</li> <li><input type="checkbox"/> bekannte Störungen im Lymphsystem und Hormonsystem, etc.</li> <li><input type="checkbox"/> Nackenschmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen</li> <li><input type="checkbox"/> Rückenschmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Krämpfe</li> <li><input type="checkbox"/> häufige Erkältungen / Entzündungen</li> <li><input type="checkbox"/> Tinnitus</li> <li><input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall</li> <li><input type="checkbox"/> häufige Müdigkeit und Erschöpfung</li> <li><input type="checkbox"/> Stressbedingte Schmerzen</li> <li><input type="checkbox"/> Stress allgemein</li> <li><input type="checkbox"/> Unwohlsein</li> </ul>	

<b>Schweigepflicht und Datenschutz ist für alle KlientInnen selbstverständlich. Drittpersonen werden nur mit Ihrem Einverständnis involviert.</b>	Nachfrage bei Ärzten und laufenden/abgeschlossenen Therapien: <input type="checkbox"/> erwünscht <input type="checkbox"/> nur in Notfällen <input type="checkbox"/> nie
<b>Persönliche Daten (nur in anonymer Form) zur Weiterverarbeitung der Xund &amp; Frei zur Verwendung für Fall Studien/ Fachnutzung/ Weiterbildung erlaubt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Datenschutzverordnung ersichtlich unter: <a href="https://www.xund-frei.ch/Informationen-Disclaimer/">https://www.xund-frei.ch/Informationen-Disclaimer/</a></b>	Wie möchten Sie Ihre Daten gespeichert haben? <input type="checkbox"/> 5 Jahre nach Behandlung personalisierte Daten löschen und eine Kopie der zusammengefassten Behandlungen?  <input type="checkbox"/> 10 Jahre nach Behandlung automatisch löschen ohne Kopie
Ort, Datum	Unterschrift: