

Name : _____ Alter: _____

Diagnose : _____

Therapeuten : _____ Beruf/Freizeit: _____

Körperfunktion / Struktur

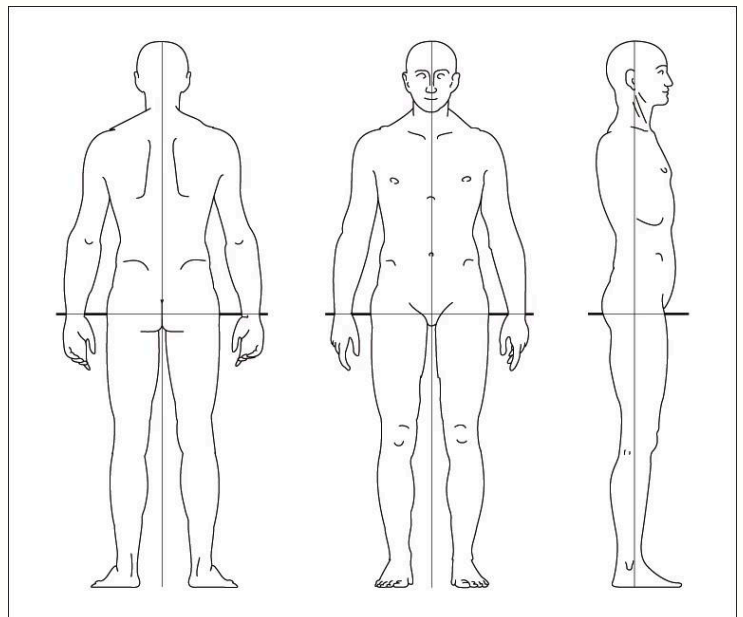
Wo, Wie, Wann treten die Schmerzen auf:

Bisherige Therapie / Diagnose:

Patientenziel:

Medikamente:

Nebendiagnose:



Im Fall von Veränderungen bin ich darüber informiert, dass ich verpflichtet bin, dies dem Therapeuten vor der folgenden Behandlung schriftlich mitzuteilen. Im Zuge der Terminvereinbarung bin ich verpflichtet, diese bei Nichteinhaltung ohne rechtzeitige Absage (24 Stunden vorher) privat zu dem aktuellen Satz zu begleichen

Unterschrift:

Ort/Datum:
