

## Erstaufnahme / Personalien

Vorname	
Nachname	
Strasse / Nummer	
PLZ und Ort	
Telefon	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein, wenn ja, welche:
Beruf	
Hausarzt	
Empfohlen durch	

Hobbies/Ausgleichaktivitäten	
Beschwerden	
Seit wann haben Sie diese Beschwerden und wie äussern sie sich?	
Bitte beschreiben Sie die Art und Weise Ihrer Schmerzen (stechend, brennend, bohrend, reissend, klopfend, drückend)	

Treten die Beschwerden regelmässig oder in einem bestimmten Schema auf?	
Werden Sie nachts von den Beschwerden wach?	
Unter welchen Voraussetzungen lassen die Beschwerden nach? (Kälte, Wärme, Ruhe, Stress, Hunger, Essen, Körperhaltung, Bewegung)	
Wann und durch was werden die Beschwerden ausgelöst oder schlimmer?	
Sind die Beschwerden krankheits- oder unfallbedingt?	
Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche und wann?	
Haben Sie Narben? Wenn ja, wo?	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein und zu welcher Diagnose?	
Erlitten Sie Unfälle? Wenn ja, welche und wann?	
Wurden jemals Krankheiten wie z.B. Depressionen, Hauterkrankungen, HIV, Krebs, Hepatitis etc. festgestellt?	
Haben Sie Leiden wie; Kreislauf- und Blutdruckprobleme, Osteoporose, Krampfadern, Fieber, Menstruation (Blutung stark, schwach, lange, unregelmässig, Zwischenblutungen), Entzündungen usw.?	

Leiden Sie an Allergien/ Unverträglichkeiten? Besteht eine Schwangerschaft?	
Sind Sie zurzeit in einer Behandlung bzw. Therapie (z.B. Physiotherapie, Chiropraktiker, Osteopath, TCM etc....)?	
Haben Sie irgendwelche Nebendiagnosen?	
Familienkrankheiten: Erbliche Vorbelastungen (Herz- und Gefässkrankheiten, Rheuma, Krebs, Diabetes, Hautkrankheiten usw.)	
Und nicht erbliche Belastungen?	
Die Kommunikation wünsche ich wie folgt:	<input type="checkbox"/> Telefon / <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> E-Mail
Den Rückforderungsbeleg für meine Zusatzversicherung wünsche ich wie folgt:	<input type="checkbox"/> per E-Mail <input type="checkbox"/> In Papierform

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der obigen Angaben und nehme zur Kenntnis, dass mit dem Behandlungsbeginn keine Heilungsversprechen verbunden sind.

Alle Daten und der Behandlungsverlauf unterliegen der Schweigepflicht.

Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Zusatzversicherung, ob und wieviel sie an Ihre Konsultation übernimmt.

**Renato Houdek, Therapeutische Massagen Nr. 33, ZSR-Nummer: R709163**

Ich bin durch den Therapeuten betreffend Behandlungsablauf sowie Behandlungskosten informiert worden und damit einverstanden.

Termine welche ich nicht einhalten kann, sage ich mind. 24 Std. vorher ab, da sie sonst verrechnet werden.

Die Bezahlung erfolgt bar mit allen EC- und Kreditkarten oder via TWINT im Anschluss an die Behandlung.

Ort und Datum: Neerach, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_