



Name	Vorname
Geburtsdatum	Blutgruppe
Straße	PLZ/Wohnort
Telefon	Mobiltelefon
E-Mail	Krankenversicherung

Bitte zutreffendes ankreuzen	Ja	Nein
Fühlen Sie sich zurzeit unwohl oder krank?		
Leiden Sie derzeit unter Schmerzen?		
Haben Sie Fieber oder Schüttelfrost?		
Leiden Sie unter nächtlichem Schwitzen?		
Leiden Sie unter Kopfschmerzen?		
Leiden Sie unter Schwindel/Übelkeit?		
Hatten Sie bereits Corona?		
Sind Sie bereits gegen COVID 19 geimpft?		
Wurden bei Ihnen Herzerkrankungen festgestellt?		
Leiden Sie unter Bluthochdruck?		
Tragen Sie einen Herzschrittmacher, Defibrillator, Eventmonitor?		
Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente?		
Leiden Sie unter einer oder mehrerer der folgenden Krankheiten?		
Krebs		
Diabetes		
Osteoporose		
Hepatitis		
HIV/AIDS		
Blutgerinnungsstörungen		
Neurologische Erkrankungen/Depressionen		
Hatten Sie ein Schleudertrauma/Auffahrunfall?		
Hatten Sie Knochenbrüche und/oder Operationen?		
Nehmen Sie Medikamente/Hormone/Nahrungsergänzungsmittel?		

Erklärung: Ich habe alle Fragen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet.

Datum: _____

Unterschrift (Patient): _____

Unterschrift (Therapeut): _____