

GESUNDHEITS-FRAGEBOGEN (Rolfing®/ Strukturelle Integration)

Name(n) und Adresse:

Telefon & email:

Geburtsdatum:

Zusatzversicherung:

Behandlungsgrund oder Beschwerden:

Grösse: cm

Gewicht: kg

bekannte Diagnosen:

Unfall Versicherung & Unfallnummer:

Beruf/ Tätigkeit:

Hobbies / Sport:

Haben Sie Erfahrung mit der Rolfing Methode, bzw. anderen alternativen oder schulmedizinischen Therapiemethoden?

Aktuelle ärztliche Diagnosen:

Leiden Sie an spezifischem Schmerz oder Bewegungseinschränkung in bestimmten Gelenken:

Andere Verletzungen oder Beschwerden:

Ambulante und stationäre Operationen, Knochenfrakturen oder grössere Narben:

Aktuelle/ in den letzten sechs Monaten eingenommene Medikamente:

Medikament:
Menge/Häufigkeit:
Wirkung:

Verordnet von:

Tragen Sie Kontaktlinsen oder Zahnprothesen?

Existieren psychische oder physische Traumata, über die Sie im Vorfeld reden möchten?

Leiden Sie an einer der aufgelisteten Krankheiten:

- Herz- bzw. Gefässbeschwerden
- Bluthoch- bzw. Tiefdruck
- Autoimmunerkrankung
- Krampfadern (post OP)
- Blutungen Krebs
- Osteoporose
- Rheumatische Gelenkbeschwerden/ Fibromyalgie / Arthritis o Arthrose
- Therapieresistente wiederkehrende Krämpfe
- Schilddrüsenunter- bzw. überfunktion
- Tuberkulose
- Wirbelsäulenbeschwerden
- Tinnitus
- Diabetes
- Verdauungsprobleme
- Fussfehlstellungen (mit und ohne Einlagen)

Frauen (wegen Baucharbeit):

Welche Art der Verhütung nutzen Sie?

Sind sie momentan schwanger oder planen Sie eine Familienerweiterung?

Wie kommen Sie auf die Rolfing® - Methode?

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.