

Aufnahmebogen

Nachname: Vorname:

Straße/Hausnr.:

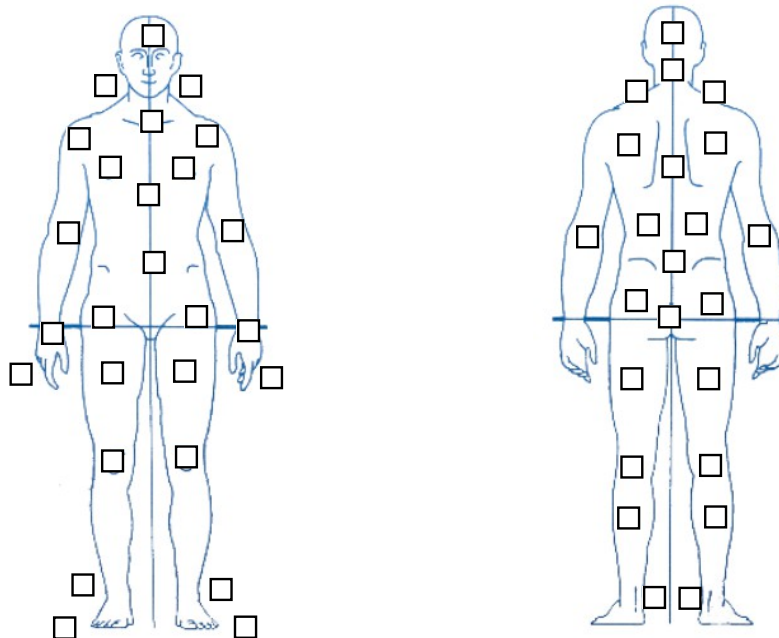
PLZ+Ort: Telefon:

E-Mail:

Geb.Datum: Beruf:

Wenn Sport, welchen? Häufigkeit p.Wo.: x

Wo haben Sie die stärksten Schmerzen? Bitte markieren:



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

Was wurde bisher unternommen?

Gab es Operationen? Wo?

Haben Sie heute Schmerzmittel genommen? Ja Nein

Wenn Ja, welches Medikament?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? Ja Nein

(Bsp. Bluthochdruck, Herzschrittmacher, Thrombosen, Schlaganfall...)

Wenn Ja, welche Erkrankung?

Für eine Behandlungseinheit (ca. 50-60 Min) nach Liebscher und Bracht berechnen wir 169,- €, fällig nach der Behandlung. Der Betrag muss von Ihnen privat geleistet werden und ist **KEINE Kassenleistung**. Der Betrag ist unabhängig von der Höhe und dem Zeitpunkt einer Erstattung durch Ihre Krankenversicherung fällig. Terminabsagen haben mind. 24 Std. im Voraus zu erfolgen, da sonst die vollen Behandlungskosten fällig werden.

Datum + Namen tippen: