

Name:		Vorname:	
Adresse:			
Tel. (P)		1.Konsultation:	
Tel. (G)		Arzt/Physio:	
Geb.		KK:	
Beruf:		Sport/Hobby:	
Diagnose:			
Nebendiagnose:			
Verordnung:			

Anamnese

Therapeut/in: _____

Datum: _____

Medikamente:
Vorsichtsmassnahmen / Kontraindikationen:

Primäre Beschwerden: (Hauptdiagnose)

Aktueller Zustand (status praesens betreffend Hauptdiagnose): _____

--

Vorgeschichte (Entstehung betreffend Hauptdiagnose): A) Vorgeschichte B) bisherige Therapien und Effekte

Sekundäre Beschwerden: A) andere Beschwerden Bewegungsapparat B) internistische / vegetative Beschwerden

Allgemein: A) Allgemein-Zustand B) soziales Umfeld
