



privat · vertraut · bewährt

Dr. Rene Gassner  
Chiropraktor ECU, ECA

## Patienten Anmeldeformular

Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Geburtsdatum		Krankenkasse	
Telefon		Telefon Geschäft	
Mobil		Beste Erreichbarkeit	
E-Mail		Wie kamen Sie zu uns?	
Hausarzt			

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?	
Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wo und wann?	

<b>Haben Sie folgende Beschwerden?</b>						
Herz-Kreislauf	Diabetes	Osteoporose	Krebs	Rheuma	Arthrose	Allergien

<b>Haben/hatten Sie bereits folgende Therapien?</b>					
Physio	Osteopathie	Massage	Atlaslogie	Andere	

<b>Hatten Sie schon einmal Chiropraktische Behandlungen? Wenn ja, mit welchem Resultat?</b>		
Ja	Nein	Resultat

<b>Gibt es noch etwas, das sie uns mitteilen möchten?</b>

<b>Derzeitige Beschwerden</b>					
Was:					
Wie passiert:					
(Bitte ankreuzen was zutrifft)					
Seit wann:	Tage	Wochen	Monate	Jahre	
Besser durch:	Wärme	Kälte	Ruhe	Medi	nichts
Schmerz:	mild	mittel	stark	sehr stark	
Qualität:	dumpf	stechend	scharf	ziehend	
Ausstrahlend:	Arm L	Arm R	Bein L	Bein R	
Wann:	immer	oft	selten	manchmal	
Tageszeit:	morgens	abends	durchgehend		
Eingeschränkt in:	Arbeit	Sport	Schlaf	nichts	

Bitte Markieren:  Schmerz  Ausstrahlung  Einschränkung





*privat · vertraut · bewährt*

**Dr. Rene Gassner**  
Chiropraktor ECU, ECA

## Patienteninformation und Datenschutz

Bitte ankreuzen und unterschreiben

- Ihre persönlichen Daten und Information werden nicht an Dritte weitergegeben, ausser Sie geben uns ausdrücklich und schriftlich den Auftrag dazu.
- Nehmen Sie Versicherungsleistungen in Anspruch, so können von Seiten der Versicherung Daten angefordert werden die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen. (Dies im Falle von Unfall oder OKP+)
- Ich möchte eine Einladung zur Jahreskontrolle erhalten
- Ich möchte Informationen von der Klinik (Ferien, Änderungen, Öffnungszeiten, etc...) erhalten

Datum:

Unterschrift:

---

---