AUFKLÄRUNGSBOGEN

Name	Geburtsdatum
Beruf	
Allergien (z.B. Latex, Vinyl...)	

Bitte kreuzen Sie an, bzw. unterstreichen Sie, welche Beschwerden bei Ihnen vorliegen:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Diabetes, andere...)
- Osteoporose, Osteopenie
- Kortisonpflichtige Erkrankungen (z. B. Rheumatische Arthritis, Asthma bronchiale, andere...)
- Krebserkrankung aktuell bzw. in der Vergangenheit
- Gewichtsverlust, eingeschränkter Allgemeinzustand
- Nachtschmerzen bzw. nächtliches Schwitzen
- Neurologische Symptome (z. B. Kribbeln/Taubheit/Kraftverlust/Schwindel)
- Durchgeführte **Operationen**, wenn ja, welche:

- Haben Sie sonstige **Erkrankungen**, wenn ja, welche:

- Bitte tragen Sie ein, welche **Medikamente** Sie regelmäßig einnehmen:

In der Regel sind physiotherapeutische Maßnahmen ohne Nebenwirkungen. Sollten bei Ihnen außergewöhnliche Reaktionen auftreten, informieren Sie bitte umgehend Ihre/n Therapeut*in! Wurden Sie von Ihrem Arzt über die Diagnose und die beabsichtigte Therapie in unserem Hause informiert?

- Ja
- Nein

Einwilligung: Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen, wahrheitsgemäß beantwortet und verstanden. Darüber hinaus wurde ich vom Behandler persönlich über die anzuwendenden Maßnahmen informiert und konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen klären.

Ort, Datum	Unterschrift Patientin/Patient
------------	--------------------------------