

**Bitte ausgefüllt zum ersten Termin mitbringen:**

Name :

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Natel:

Krankenkasse oder Unfallversicherung:

Bei Unfall Schaden-Nummer und Unfalldatum:

AHV-Nummer:

Verordnender Arzt:

Hausarzt:

Beschreiben Sie kurz Ihre gesundheitlichen Beschwerden:

Haben Sie Schmerzen?

Auf einer Skala von 0 bis 10 (max. Schmerz) wie hoch ist Ihr Schmerz?

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine ( 24 Stunden vorher) werden privat in Rechnung gestellt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift