



Anmeldung zur Therapie

Bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus und E-mailen diese an kontakt@DrPfitzer.de oder bringen Sie diese zu Ihrem Erst-Termin mit. Sie erleichtern damit die Arbeit, und wir können mehr Zeit für die eigentliche Behandlung aufbringen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Krankenkasse, wo? privat gesetzlich
_____ Beihilfe

Newsletter erwünscht? ja
Keine Datenweitergabe. Jederzeit abbestellbar.

Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Beschreibung der Schmerzen (Art, Ort, lokal - ausstrahlend – wandernd?)

Seit wann?

Schmerzstärke (1 = gering, 10 = extrem stark)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kennen oder vermuten Sie den vermeintlichen Auslöser? (z.B. schweres Heben, psychische Belastung)

Wann sind Sie schmerzfrei?

Bewegung Sitzen Stehen Liegen Nie Anderes: _____

Wie oft bewegen Sie sich aktiv bzw. treiben Sie Sport und welchen?

___ Mal/Woche Seltener Sport-/ Bewegungsart: _____

Fühlen Sie sich öfter gestresst, frustriert, unter Druck, erschöpft?

Ja, beruflich Ja, privat Nein

Rauchen Sie?

Ja, ___ Z./Tag Nein

Wie beurteilen Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten?

sehr gesund & ausgewogen gesund normal öfter mal ungesund

Zusätzliche Angaben zur Ernährung (z.B. vegetarisch, vegan, Bio, regional-saisonal, fast food, Alkohol etc.)

Nehmen Sie gelegentlich oder regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel?

Nein Ja, wenn ja welche und in welcher Dosierung?

Haben Sie Allergien / Unverträglichkeiten, wenn ja welche? (Lebensmittel, Medikamente, Gräser etc.)

Wie sind Sie auf 'Ganzheitliche Rückengesundheit Dr. Pfitzer' aufmerksam geworden?

Internet _____ Weiterempfehlung von _____ Sonstige _____

Wegen zusätzlicher Anamnese sind für Ihren Erst-Termin ca. 1,5 Stunden reserviert (170,- €).

Der aktuelle Stundensatz für Praxistermine beträgt derzeit 120,- € und wird privat in Rechnung gestellt. Weitere Informationen finden Sie auf www.DrPfitzer.de.

Bitte informieren Sie sich vorab bei Ihrer Krankenkasse über Erstattungsmöglichkeiten von Heilpraktiker- und Osteopathieleistungen.

Die Bezahlung erfolgt bitte direkt nach der Behandlung per EC-Karte, eine Rechnung erhalten Sie bei Bedarf in der Regel zum Quartalsende.

Sofern Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte mindestens 48 Stunden vorher ab, da dieser ansonsten in Rechnung gestellt werden muss. Vielen Dank!

Die vorstehenden Geschäftsbedingungen habe ich gelesen und akzeptiere sie durch meine Unterschrift.

Ort / Datum

Name

Unterschrift