



**Unser Praxisteam heißt Sie herzlich willkommen!**

Wir freuen uns, dass Sie unserem Team Ihr Vertrauen schenken.

Damit die Therapie zu Ihrer und unserer Zufriedenheit ablaufen kann, möchten wir Sie vor Beginn der Behandlungsserie mit unserer Praxisorganisation vertraut machen.

**Sie haben die Möglichkeit, einen Termin bis zu 24 Stunden vorher kostenfrei abzusagen.**

Sollten Sie eine Absage nur kurzfristig vornehmen können, stellen wir den Terminausfall privat in Rechnung.

**Bitte bringen Sie zur Behandlung ein frisches Badehandtuch (80 x 140 cm oder größer) mit.**

**Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihren Terminen.**

Wir möchten, im Interesse unserer Patienten, Wartezeiten möglichst vermeiden. Wir sind deshalb darauf angewiesen, dass jede Behandlung pünktlich beginnen kann.

**Bitte wenden und ausfüllen**



Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir zu Ihrer eigenen Sicherheit vor der Therapie einige medizinische Fragen zur Abklärung gewisser Risiken stellen müssen. Diese Fragen unterliegen der Schweigepflicht und werden nicht weitergegeben!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?  Nein,  , wenn ja, welche?

---

Haben Sie chronische Erkrankungen?  Nein,  , wenn ja, welche?

---

Bluthochdruck  Thrombose  Herzerkrankungen  Blutverdünner  Embolie

Sind Sie schwanger?  Nein  ja, im \_\_\_\_\_ Monat

Haben Sie Osteoporose?  Nein  Ja

Haben Sie Allergien?  Nein  , wenn ja, welche?

---

Haben Sie Tumorerkrankungen?  Nein  Ja

Wurde eine Strahlentherapie durchgeführt?  Nein,  wenn ja, wo

---

Wurde eine Chemotherapie durchgeführt?  Nein  Ja

Liegen Gefäßerkrankungen vor?  Nein  , wenn ja, welche?

---

Liegen Sensibilitätsstörungen oder Lähmungen vor?  Nein  , wenn ja, welche?

---

Liegen Erkrankungen des Nervensystems vor?  Nein  , wenn ja, welche?

---

Hiermit bestätige ich, dass alle von mir ausgefüllten Angaben seine Richtigkeit haben

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