

## Befundbogen mga Physiotherapie & Osteopathie Infusionen

Name:.....geb. am:.....

Beruf:.....Hobbys:.....

Größe.....in cm                      Gewicht.....kg Rauchen? Nein / Ja

.....  
Nehmen Sie Medikamente / Psychopharmaka ?

.....  
Sind Allergien/ Arzneimittel-, Unverträglichkeiten bekannt?

.....  
Leiden Sie unter chron.Erkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck)?

Gab es Unfälle,OPs?.....

Sind sie Schwanger oder stillen sie?.....

HIV?      Hep B/C?      MRSA?

Hatten Sie Epileptische Anfälle? Nein/ Ja

Gab es in der Vergangenheit unerwünschte Reaktionen auf Infusionen? Nein / Ja

Welche Symtome oder Erkrankungen liegen vor?

.....  
.....

Was ist Ihr Anliegen?.....

Berlin, den.....