



Udo Froneberg

Heilpraktiker

Praxis für **Manuelle Neurotherapie** nach Froneberg® und **Nervenreflextherapie am Fuß** nach Froneberg®

Vaalse Str. 525 • 52074 Aachen • Deutschland

Tel 0241 - 4 13 40 7 - 5 • Mail Froneberg@Heilpraktiker.ac • Web www.Heilpraktiker.ac

Was ist den Beschwerden vorausgegangen?

Unfall Sturz Operation Verhoben

Anderes:

Haben sich die Beschwerden seit auftreten verändert?

Auftreten: selten gleichbleibend häufig

Intensität: schwach gleichbleibend stark

Was verbessert? _____

Was verschlimmert? _____

Wann empfinden Sie Ihre Beschwerden als besonders belastend?

in Ruhe bei Wärme im Schlaf

beim Spazieren gehen sonstiges _____

Haben Sie Begleitbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche (Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Konzentrationsprobleme etc.):

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wenn ja, wo (Blinddarm, Galle etc.) und ca. wann (Jahr): _____



Udo Froneberg

Heilpraktiker

Praxis für **Manuelle Neurotherapie** nach Froneberg® und **Nervenreflextherapie am Fuß** nach Froneberg®

Vaalser Str. 525 • 52074 Aachen • Deutschland

Tel 0241 - 4 13 40 7 - 5 • Mail Froneberg@Heilpraktiker.ac • Web www.Heilpraktiker.ac

Hatten Sie Unfälle (Auto, Sport, Treppe etc.) und ca. wann? _____

Haben Sie sonstige Erkrankungen (Diabetes, Tumore, Herzschrittmacher, Osteoporose, Port etc.)?

Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente (Blutverdünner wie z.B. Marcumar, Herzmedikamente, o.a.)?

Ja Nein (ggf. als Anlage beilegen)

Wenn ja, welche: _____

Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten, z.B. gegen Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Ich habe einen Allergiepass: Ja Nein

Besteht derzeit eine Schwangerschaft? Ja Nein

Folgende Anlagen habe ich dabei, bzw. kann ich noch vorlegen:

Röntgenbilder/-befunde OP-Bericht Unfallbericht Arztbrief

Sonstiges: _____



Udo Froneberg

Heilpraktiker

Praxis für **Manuelle Neurotherapie** nach Froneberg® und **Nervenreflextherapie am Fuß** nach Froneberg®

Vaalser Str. 525 • 52074 Aachen • Deutschland

Tel 0241 - 4 13 40 7 - 5 • Mail Froneberg@Heilpraktiker.ac • Web www.Heilpraktiker.ac

Wurden oder werden Sie mit den Beschwerden behandelt? Ja Nein

Wenn ja wo oder was wurde bzw. wird gemacht und wer ist Ihr Hausarzt:

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Kliniken: _____

Physiotherapeut: _____

weitere Behandler: _____

Ich versichere dass ich diesen Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe.

Ort / Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Freiwillige Angaben:

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Empfehlung Zeitung/Artikel Internet
 Praxisschild Praxisinformation Anderes