





**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

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? (z.B. Blutverdünner wie z.B. Marcumar, Plavix, Clopidigrel)

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 (Bitte vorlegen!)  Nein

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  Ja  Nein

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

Röntgenbilder/-befunde (CD)  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 aktuellen Beschwerden behandelt?  Ja  Nein

Wenn ja wo und was wurde bzw. wird gemacht:

Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Facharzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kliniken: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Physiotherapeut: \_\_\_\_\_

weitere Behandler: \_\_\_\_\_

Wer ist ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Name, Ort

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