

Persönlichen Angaben

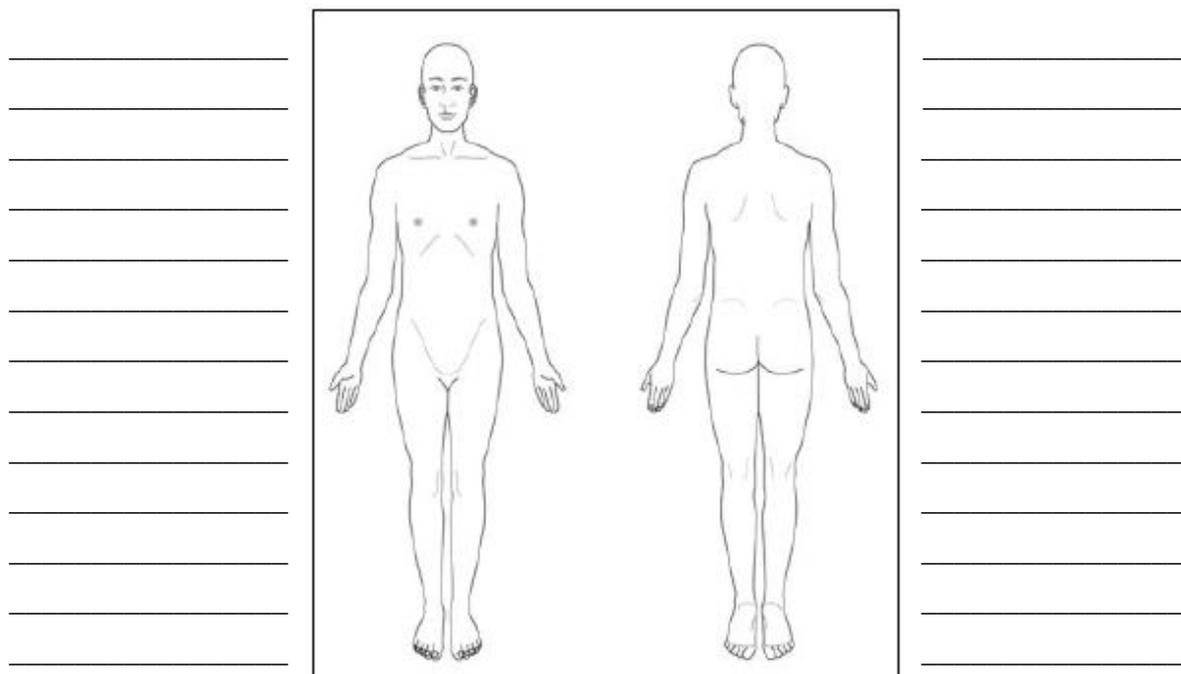
Vorname: _____ Name: _____
Strasse Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon Nr.: _____ Handy Nr.: _____
E-Mail: _____
Name und Tel. einer Person für Notfall: _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____
Beziehungsstatus: _____ Kinder: _____
Beruf: _____ Arbeitgeber: _____
Hausarzt: _____ ggf. Unfallversicherung: _____
Zusatzversicherung: _____ Versicherten Nr. _____

Bei Gesetzlicher Vertretung (wird auf der Rechnung vermerkt)

Vorname: _____ Name: _____
Strasse Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
Telefon Nr.: _____ Handy Nr.: _____
E-Mail: _____

Aktuelles Befinden: wohl unwohl neutral

Falls Schmerzen vorhanden: Schmerzbereiche bitte unten kurz **beschreiben!**



Was ist der Hauptgrund für die Behandlung?

Aktuelle Beschwerden? _____

Sind diese? Chronisch Akut

Welche Therapien wurden bereits angewendet? Wie lange? Wie war der Erfolg?

Bekannte Krankheiten? _____

Sind diese? Chronisch Akut

Hoher Blutdruck Ja Nein Nicht bekannt

Unfälle (letzte 4 Jahre) Ja, welche? Nein

Operationen (letzte 4 J) Ja, weshalb? Nein

Medikamenteneinnahme Ja, welche? Wie viel? Wie oft? Nein

Allergien/Unverträglichkeiten Ja, welche? Nein

Ernährung/Trinkverhalten

Epileptischeranfall Ja, wie oft? Nein

Covid-19 Impfung? Ja Nein

Wenn Ja, wieviele? Wann wurden sie getätigt?

Wie ist Ihr Schlaf / Wie sind Ihre Schlafgewohnheiten?

Gibt es noch etwas, was Sie mir für die Behandlung mitteilen wollen?

Ja Nein

Wenn ja:

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam?

Google EMR Cranio Suisse Weiterempfehlung Flyer

Schaufenster Bahnhof Stein AG Sonstige: _____

Zusätzliche Informationen

Die Rechnungsstellung erfolgt im Doppel für die Rückforderung bei Ihrer Zusatz- oder Unfallversicherung. Jede Behandlung wird am Ende der Sitzung bar, mit Karte oder TWINT bezahlt. Eine Sitzung dauert 60 – 75 Minuten inkl. Gespräch und wird mit Fr. 138.00 / 60 Minuten verrechnet. Die erste Sitzung dauert wegen des ersten Gesprächs ca. 75 – 90 Minuten, die Weiteren in der Regel 60 - 75 Minuten.

Im Verhinderungsfall bitte ich Sie, mir dies mindestens 30 Stunden vorher zu melden. Bei späterer Abmeldung werden diese, wegen der reservierten Zeit mit 60 Minuten in Rechnung gestellt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und werde mir relevante Änderungen jeweils mitteilen.

Datenschutz

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Komplementärtherapeutin sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Klienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Komplementärtherapeutin und mir als Klient*in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Klienteninformationen werden seitens Cranio Fricktal ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail, Whatsapp, Threema, Signal, Telegramm oder Sms erfolgen. Auch bin ich mit einer Terminerinnerung per SMS einverstanden.

Darf die Rechnung per Mail, als PDF unverschlüsselt versendet werden? Bei Nein drucke ich Ihnen diese gerne aus. Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____