

Fragebogen

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ/Ort
Geburtsdatum / Alter	Beruf
Tel. Privat	Tel. Mobile
E-Mail (bitte leserlich schreiben)	

Durch welchen **Arzt / Heilpraktiker / Therapeut** wurden sie überwiesen? Name.....Ort.....

Wie haben Sie noch von **atlasreflex** erfahren? Durch: (Name der Person).....

Internet Suchmaschine Internet zufällig Prospekt Zeitung Andere

Welche **Symptome** führen sie zur Methode **atlasreflex** ?.....

Fragen zu ihrer Gesundheit

Unter welchen Beschwerden leiden Sie am meisten? (Hauptbeschwerden)

Befinden sie sich derzeit in physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein welche Art?.....

Hatten Sie bereits in der Vergangenheit

Erfahrungen mit einer Atlasbehandlung? Ja Nein welche Art?

Sind Sie schwanger? (Nur für Frauen) Ja Nein

Leiden Sie unter epileptischen Anfällen? Ja Nein

Leiden Sie unter Osteoporose? Ja Nein (Osteoporose: erhöhte Knochenbrüchigkeit)

Hatten Sie ein Schleudertrauma? Ja Nein wann?

Tragen sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Sind sie an der Wirbelsäule operativ fixiert? Ja Nein OP.-Datum.....Segment.....

(Versteifung durch Osteosynthesen)

Leiden sie unter Depressionen, die mit Psychopharmaka behandelt werden? Ja Nein Seit wann?.....

Weitere Behinderungen oder Krankheitsbilder.....

Ich komme zur 1.Untersuchung, aufgrund der oben angegebenen **Symptome** und **Beschwerden**.

Die **Funktionsüberprüfung** und der **manuelle Befund** sollen Aufschluss geben über eine mögliche Fehlstellung des **Atlas (1.Halswirbel)**. Darüber hinaus erfahre ich Informationen zur Behandlung und **Methode** und etwaigen Zusammenhänge meiner Beschwerden. Eine darauf folgende Behandlung (**Korrektur**) ist unabhängig vom Befund und kann zu jeder Zeit durchgeführt werden. Nur auf meinen ausdrücklichen Wunsch hin, (mündliche Absprache) erfolgt die anschließende Atlas- Behandlung.

Datum	Unterschrift / Erziehungsberechtigter
-------	---------------------------------------