

## Gesundheitsfragebogen

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Nachname :** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Beruf** \_\_\_\_\_

**Versicherung**    Gesetzlich    Beihilfe    Privat    Zusatzversicherung

**Hatten Sie schon Rolfing®-Sitzungen?**

**Sind Ihre Beschwerden eher chronischer oder akuter Natur?**

**Was ist das Ziel bzw. was wünschen Sie sich von der Behandlung?**

**Haben Sie Psychotherapieerfahrung? Erfahrung in anderen Körpertherapien?**  
(wenn ja, welche, seit wann bzw. wie lange schon)

**Welche ärztlich verschriebenen Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten genommen?** (falls bekannt - wofür bzw. wogegen?)

**Welche Operationen oder Knochenbrüche hatten Sie bisher (und wann)?**

**Haben Sie Narben an Ihrem Körper?**  
(wenn ja, wo?)

**Befinden Sie sich in psychiatrischer Behandlung (wenn ja, seit wann)?**



**Welche schweren Krankheiten hatten Sie in den letzten 8 Monaten?**

(Krebserkrankungen sollten seit mehr als 5 Jahre ausgeheilt sein.)

**Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Herzleiden            | <input type="checkbox"/> Osteoporose             | <input type="checkbox"/> Knochenmarksentzündung        |
| <input type="checkbox"/> Krebs                 | <input type="checkbox"/> Venenentzündung         | <input type="checkbox"/> hoher/niedriger Blutdruck     |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <input type="checkbox"/> Gelenkleiden            | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme          |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose           | <input type="checkbox"/> Krämpfe                 | <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Bindegewebes |
| <input type="checkbox"/> Diabetis              | <input type="checkbox"/> Bandscheibenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____              |

**Treiben Sie regelmäßig Sport (wenn ja, welchen)?**

**Bei Frauen (wegen Baucharbeit):**

- Tragen Sie eine Spirale?     ja     nein  
Liegt eine Schwangerschaft vor?     ja     nein

Hiermit versichere ich, dass meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

