

Ihr Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Datum _____

Art der Beschwerden: _____

Seit wann: _____

Fall-Nr. _____

Behandelt mit Kurs _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

um die Wirkung meiner therapeutischen Maßnahme mit Microkinesitherapie genau beurteilen zu können, bitte ich Sie nachfolgend

1. die Intensität ihrer Beschwerden (zwischen 0 und 3),
2. die Einschränkung ihrer Lebensqualität durch die Beschwerden (zwischen 0 und 3) und
3. die Auswirkung auf ihr Allgemeinbefinden (Smiley) anzugeben:

Vor der Behandlung:

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------

Sofort nach der Behandlung:

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------

Am nächsten Tag:

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Datum/Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Am 3. Tag nach der Behandlung am

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Datum/Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

4 Wochen nach der Behandlung am

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Datum/Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

3 Monate nach der Behandlung:

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Datum/Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

½ Jahr nach der Behandlung:

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Datum/Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

1 Jahr nach der Behandlung:

Intensität ihrer Beschwerden [0] [1] [2] [3] keine Beschwerden starke Beschwerden	Einschränkung ihrer Lebensqualität [0] [1] [2] [3] keine stark	Ihre momentane Gefühlslage ☺ ☹ ☹	Datum/Unterschrift
-----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------

Notizen:
