atlasreflex®
ATLASKORREKTUR UND THERAPIE

Praxis Stefan Datt

Fragebogen

Bitte lassen Sie uns (nach einer Terminvereinbarung) den Fragebogen innerhalb der nächsten drei Tage ausgefüllt zukommen. So kann der Termin weiterhin für Sie reserviert bleiben.

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum/Alter: _____ Beruf: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Mobil: _____

E-Mail *(bitte leserlich schreiben)*: _____

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? _____

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? (Versteifung durch Osteosynthesen) ☐ Ja ☐ Nein OP-Datum: _____ Segment: _____
- 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.

Sollten Sie Ihren festvereinbarten Behandlungstermin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um eine Absage mindestens 24 Stunden vor diesem Termin. Es enstehen für Sie keinerlei Kosten. Bei späterer oder gar keiner Absage, müssen wir Ihnen eine Ausfallgebühr in Höhe von 95,-€ in Rechnung stellen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Datum *Unterschrift/Erziehungsberechtigter*