Anamnese

Verlaufskontrolle

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort

Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des nachstehenden Patienten

Name	Vorname	Straße	PLZ	Ort

Patient/in

Um uns einen Überblick über den Verlauf nach der letzten Vorstellung / Behandlung machen zu können, bitten wir Sie, kurz zu skizzieren, welche Beobachtungen Sie bei sich selbst / bei Ihrem Kind machen konnten:

(z. B. Schmerzempfindung, Beweglichkeit, Motorik, Verhalten, Zufriedenheit, Ess-/Trinkverhalten, gab es Fortschritte?, was haben andere beobachten können?)

Was haben Sie zwischenzeitlich noch unternommen?

(z. B. weitere Therapien, ärztliche Konsultationen, liegen neue Arztberichte / neue bildgebende Befunde vor?)

Konnten wir Ihr Problem / das Problem Ihres Kindes lösen?

(seien Sie bitte offen und ehrlich mit uns und mit sich selbst…)

Was würden Sie sich von uns wünschen? Was können wir noch verbessern?

(seien Sie bitte auch hier offen und ehrlich mit uns und mit sich selbst… / wir möchten uns stetig weiterentwickeln! Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!)

Datum	Unterschrift Patient/in / gesetzlicher Vertreter/in des Patienten

copyright - Dr. med. H. Spittank

Praxis für Manuelle Medizin &
funktionelle Orthopädie
Sternstr. 22 | 48145 Münster

Tel. 0 25 1. 29 79 73 00 00
Fax. 0 25 1. 29 79 73 00 10

praxis@dr-spittank.de
www.dr-spittank.de

apoBank Düsseldorf
BLZ 30060601
IBAN DE92 3006 0601 0208 7854 73
BIC DAAEDEDXXXX