

Datum: _____

Name:	Alter:
Beruf:	Familie:
Freizeit:	Krankenkasse:

Beschwerde:	VAS max: VAS heute:
Provokation:	
Linderung:	
Vermutung/vorbest. Diagnose	

Ops:	
Unfälle/Stürze, Geburt:	
Medikamente:	Schlaf:

MSK:
HKL:
Resp:
Neur/Psych:
Verdauung/Ernährung:
Urogenital:
Hormonell:
Gyn:

Zusammenfassung, Erwartung, Ziel:

Viszerales Listening:

