

Datum: \_\_\_\_\_

|           |               |
|-----------|---------------|
| Name:     | Alter:        |
| Beruf:    | Familie:      |
| Freizeit: | Krankenkasse: |

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| Beschwerde:                 | VAS max:<br>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:**

