

## Der Analysebogen

Eine aktuelle Bestandsaufnahme Ihres Wohlbefindens

### Zur Person

Vorname

Name

Geburtsdatum

Strasse | Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon Nr.

E-Mail Adresse

Ausgeübte Tätigkeit / Beruf

Arbeitgeber ggf. Ansprechpartner bei Kostenübernahme:

Welche Fragen haben Sie ?

Was ist Ihr Ziel?

Wie lange versuchen Sie schon, dieses Ziel zu erreichen?

Wie wichtig ist es Ihnen, dieses Ziel zu erreichen von einer Skala von 1-10?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

### Kontraindikationen

ACP darf nicht angewandt werden bei

- Nieren- oder Nierenbeckenentzündung
- Tiefe Venenthrombose (bis 6 Monate)
- Schwangerschaft
- Epilepsie
- Kälteallergie

### Datenschutzerklärung:

Alle erhobenen Daten werden ausschließlich zur internen Dokumentation verwendet und nicht an Dritte weitergegeben!

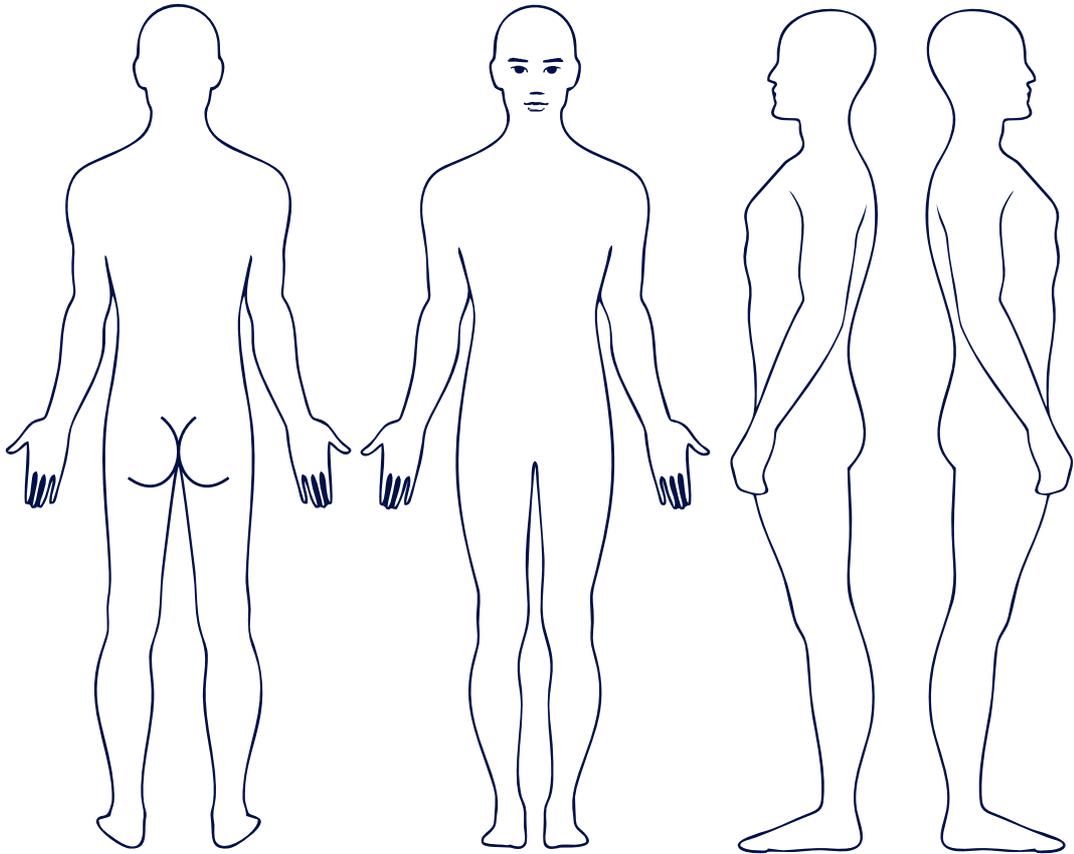
- Ich habe die Kontraindikationen gelesen und verstanden und benutze ACP auf meine eigene Verantwortung.
- Ich akzeptiere die beigefügte Datenschutzerklärung.
- Ich nutze ACP zum allerersten Mal kostenlos.

Datum | Unterschrift (wird im Ersttermin vor Ort unterschrieben, nachdem die Anwendung erläutert wurde)

# Schmerzpunkte

Hier markieren wir im Erstgespräch alle Problemstellen

- auch die akzeptierten Alltagsschmerzen



Wohlbefinden

Schlafqualität



Vorher 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Danach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Vorher 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Danach 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bemerkungen