

Fragebogen: Migräne

B

Behandlungen:

- manuelle Therapie | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Krankengymnastik | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Akupunktur | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Fango | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Massagen | Zeitraum: _____ | Anzahl/Anw.: _____
- Sonstiges: _____

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
- OP angeraten | wann: _____ Art: _____
- Sonstiges: _____
- Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
- Aufenthalt angeraten: _____
- Sonstiges: _____
- Nein

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
- Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein