



# Fragen zum Problem

**von** (Name): ..... geb. Datum: .....

Welches Problem liegt konkret vor?

---

---

---

---

Wann und wie ist Ihnen das Problem bewusst geworden?

---

---

---

---

Was haben Sie unternommen um die Ursache des Problems zu finden?

---

---

---

---

Wurden oder werden Therapien durchgeführt? ☐ ja , ☐ nein

ja → welche	seit wann	wann beendet	wo

Was können Sie noch über das Problem sagen?

---

---

---

---

Liegt neurologische Photosensibilität vor? ☐ ja, ☐ nein

Wenn ja, wie wird was ausgelöst: .....

---

Werden Medikamente genommen? ☐ ja, ☐ nein

Welche: .....

---

---