

- ❖ GKV
- ❖ GKV+ Zusatz (Naturheilkunde/Heilpraktiker/TCM/Akupunktur)
- ❖ PKV

❖ Name:*

❖ Vorname :*

❖ geb.:*

❖ Staße:*

❖ PLZ :*

Wohnort :*

❖

❖ Beruf :

❖ Familienstand :

❖ Medizinische Risikofaktoren :*

❖

❖

❖

❖

❖ Unverträglichkeit :*

❖

❖

❖ Familienanamnese :*

❖ Frühere Krankheiten ,*



❖ Operationen :*



❖ Medikamente :*



❖ Beschreiben Sie bitte neueste Beschwerden !*

❖ Welche meine Therapien hätten Sie gern/schon mal gemacht ?



❖ Haben Sie Allergien ? wenn ja , welche ?*

❖ wie lange haben Sie diese Beschwerden ?*

❖ welche Behandlungen haben Sie schon gemacht ?*

❖

❖

❖ wie stark ist Ihre Beschwerden ?*