

- ❖ 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 ?\*