❖ GKV ❖ GKV+ Zusatz (Naturheilkunde/Heilpraktiker/TCM/Akupunktur) ❖ PKV ❖ Name:\* ❖ Vorname :\* ❖ geb:\* ❖ Staße:\* ❖ PLZ :\* Wohnort :\* ❖ ❖ Beruf : ❖ Familienstand : ❖ Medizinische Risikofaktoren :\* ❖ ❖ ❖ ❖ ❖ Unverträglichkeit :\* ❖ ❖ ❖ Familienanamnese :\* ❖ Frühere Krankheiten ,\* ❖ ❖ ❖ Operationen :\* ❖ ❖ ❖ Medikamente :\* o ❖ Beschreiben Sie bitte neuerste 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 ?\*

❖ GKV

❖ GKV+ supplement (naturopathy/alternative practitioner/TCM/acupuncture)

❖ PKV

❖ Surname:\* ❖ First name: \* ❖ Date of birth:

\* ❖ Street:

\* ❖ Zip code: \*❖ Place of residence:

\* ❖ ❖Profession: ❖ Marital status:

❖ Medical risk factors: \*

❖ Intolerance :\*

❖ Family history :

\* ❖ Previous illnesses ,\*

❖ Operations :\*

❖ Medication :\*

❖ Please describe your most recent complaints !

\* ❖ Which of my therapies would you like/already have once done?

❖ Do you have any allergies? if so , which ones ?

\* ❖ how long have you had these symptoms ?

\* ❖ which treatments have you already had ?\*

❖ how severe are your symptoms ?\*