

Patientenfragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ihre Adresse:

Tel.nr.:

Handynr.:

Größe:

Gewicht:

Bisherige Erkrankungen (chronische Erkrankungen/ Dauerdignosen) :

Aktuelle Beschwerden:

Allergien/ Pass:

Medikamente:

Pflegestufe:

keine

1

2

3

Krankenkasse:

Beruf:

Arbeitgeber:

Bisheriger Hausarzt (Adresse):

Wünschen Sie eine naturheilkundliche Behandlung?