

1. Anamnese



Name	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon/E-Mail	
Beruf	
Vorerkrankungen	
Allergien/ Unverträglichkeiten	
Allergiepass???	
Reaktionen	
Medikamente/ Nahrungsergänzung	
Operationen, Unfälle	
Erkrankungen in der Familie	
Sonstiges	

Warum möchten Sie einen Termin in meiner Praxis vereinbaren?
Welche Beschwerden führen Sie zu mir?

- 1.
- 2.
- 3.

Was ist das Ziel dieser Behandlung? Was soll verbessert werden???

- 1.
- 2.
- 3.

Privatversicherung: ja

nein

Zusatzversicherung: ja

nein