

Gesundheitszentrum „ Hof Waldquelle „

Name: _____

Vorname: _____



Handy : _____

Tel.: _____

Mail: _____

Homepage: www. _____

Straße: _____

BLZ/Ort _____

Krankenkasse: _____
Größe _____

Herzschrittmacher: Ja _____ Nein _____
Gewicht _____

Geburtsdatum: _____

Ort: _____

Uhrzeit: _____

Kinder: Ja _____ Nein _____ wie viel _____ verheiratet: geschieden:

Diagnose vom Arzt erstellt & Medikamente _____

(Bitte auf die Rückseite schreiben)

RR: _____ / _____ BZ: _____ Puls: _____ Blutgruppe: _____ Cafe _____

Allergien _____

Amalgam in den Zähnen ? Ja Nein wie viele ? _____

Raucher/In Ja _____ Nein _____ wie viel ? _____ Marcumar ? Ja _____ Nein _____

Traumatische Erlebnisse: (Verlust, Krankheit, Trennung, Kinder/Kindheit/Tiere.....)

Bitte auf die Rückseite schreiben !

Unfälle/Infektionskrankheiten oder Operationen und wann ?

Bitte auf die Rückseite schreiben !

Wie haben Sie den Weg zu Uns gefunden oder durch wen _____ ?

Besonderheiten : _____

Bitte auf die Rückseite schreiben

Diabetiker/In ? Ja Nein

Niereninsuffizienz ? Ja nein

Sind Sie Herzkrank ? Welche Form ? _____

Haben Sie Osteoporose ? Ja Nein seid wann ? _____

Erstellt am _____

Unterschrift _____

Bitte ein Blutstropfen und ein Bild ,von Ihnen alleine und der Einmalstick mit Hülle dazu legen !