

Patienten - Fragebogen

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

Adresse: _____

Welche Krankheiten / Operationen hatten Sie früher? (chronologisch aufgeführt):

Datum	Krankheit / Unfall / Operationen	Behandlung / Medikamente

Eingenommene und gegenwärtig einzunehmende Medikamente (auch Hausmittel, Homöopathie, Pille, Nahrungsergänzung etc.):

Aktuelle oder frühere Behandlungen oder Therapien:
(TCM, Physio, Osteopathie, Cranio, Bioresonanz, Desensibilisierung etc.)
