

Angaben zu Ihrer Gesundheit

Vorname: [REDACTED]

Praxis für
Amerikanische Chiropraktik
und Naturheilverfahren
Gierslinger Straße 16
53859 Niederkassel-Ranzel
Tel. 02208 766 98 18 / 19

Name: [REDACTED]

Geburtsdatum: [REDACTED]

Straße: [REDACTED] PLZ: [REDACTED]

Ort: [REDACTED]

Weiblich männlich Beruf: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Tel.tagsüber: / Mobil-Nr.: [REDACTED]

Krankenversicherung: [REDACTED]

Beihilfe: [REDACTED]

Heilpraktiker-Zusatzversicherung: [REDACTED]

Gut zu wissen:

Skoliose (Wirbelsäulenverkrümmung) ja nein

wann? [REDACTED] was? [REDACTED]

Knochenbrüche ja nein

wo? [REDACTED]

Arthrose ja nein

wann zuletzt gemessen? [REDACTED]

Osteoporose (ger.Knochendichte) ja nein

wo? [REDACTED] wann? [REDACTED]

Bandscheibenvorfall ja nein

wann? [REDACTED]

Schlaganfall ja nein

Medikamente? Ja nein

Schilddrüsenvorfall ja nein

Medikamente? ja nein

Bluthochdruck ja nein

welche Art [REDACTED]

Gefäßerkrankungen? ja nein

welche Art [REDACTED]

Herzprobleme ja nein

welche Art [REDACTED]

Herzoperationen ja nein

wann? [REDACTED]

Herzschriftmacher ja nein

Diabetes ja nein

seit wann? [REDACTED]

Depressionen/Burn out ja nein

Adipositas (Übergewicht) ja nein

Operationen ja nein

was? [REDACTED]

wann? [REDACTED]

Unfälle / Stürze ja nein

wann? [REDACTED]

Tumorerkrankungen ja nein

wann? [REDACTED]

Infektionskrankheiten ja nein

Allergien ja nein

Störungen der Motorik ja nein

seit wann? [REDACTED]