



Dr. med.

SABINE EBERHARD

Titel:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>		
Geb'datum	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>				
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>				
Strasse:	<input type="text"/>			Hausnr.:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>			Mobil:	<input type="text"/>		
Krankenversicherung:	<input type="text"/>			PKV:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
Gewicht:	<input type="text"/>	kg	Größe:	<input type="text"/>	cm	Kinder:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>			Fam'stand:	<input type="text"/>		
Regel	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		Seit wann nicht mehr?	<input type="text"/>			

Um die Behandlung Ihrem Gesundheitszustand individuell anzupassen, erbitte ich folgende Angaben, die selbstverständlich unter die ärztliche Schweigepflicht fallen!

Wünschen Sie eine naturheilkundliche Behandlung? Ja Nein

Ihr behandelnder Arzt/ Hausarzt /Heilpraktiker ist:

Ihre Hauptbeschwerden sind:

- | | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Kreislauf | <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Niere |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Gelenke | <input type="checkbox"/> Rücken | <input type="checkbox"/> Haut |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkr. | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Infektanfällig | <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Psyche |
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen | | | | |

Bekannte Allergien gegen:

Rauchen Sie? Ja Nein Fühlen Sie sich vermehrt unter Stress? Ja Nein

Gewichtszunahme in den letzten 12 Monaten? 5 kg 10 kg 15 kg mehr

Infektionen: Hepatitis Tbc Aids

Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ Vitamine/ Nahrungsergänzungen ein? Ja Nein

Wenn ja, welche?

(Bitte listen Sie alles auf, was Sie einnehmen und nutzen Sie ggf. die Rückseite. Vielen Dank!)