

Kundendatenblatt

Vorname		Name	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon / Nr.		E-Mail	
Zivilstand		Geburtsdatum	

Was ist der Grund warum du heute zu mir kommst?

Symptome / Beschwerden

Wann betrachtest du dein Thema als gelöst? Welche Kriterien dienen als Referenz?



Was ich noch wissen sollte?

Bist du zurzeit in ärztlicher Behandlung?

JA

NEIN

Falls ja, warum?

Ich bestätige hiermit alle Angaben korrekt gemacht zu haben

Mir wurden keine Heilversprechen gemacht

Weder das Absetzen noch Aussetzen von Medikamenten wurde mir empfohlen

Datum:

Unterschrift:

