

Familienname, Vorname

Straße | Hausnr.

E-Mail

Beruf

Kinder im Alter von

PLZ | Ort

Telefon

Geburtsdatum

Was ist Ihr heutiges Anliegen?

Beschwerden

Rückenschmerzen

Bandscheibenvorfall

Operationen | Implantate

Arthritis | Arthrose

Bewegungseinschränkung

Osteoporose

Rheumatische Erkrankung

Knochenfrakturen

Atemwegserkrankung

Bluthochdruck

Blutgerinnungsstörung

Herzinfarkt | Schrittmacher

Schlaganfall

Varikosen

Neurologische Erkrankung

Long Covid' seit

Autoimmun-Erkrankung

Urogenitale Beschwerden

Epilepsie

Hauterkrankung

Krebserkrankung

Immunschwäche

Psychische Erkrankung

Sonstiges

Bitte beschreiben Sie genauer, wenn notwendig auf einem separaten Blatt:

Haben Sie sich mit gentherapeutischen (mRNA) ‚Impfstoffen‘ behandeln lassen?

Ja Nein

Wie oft Wann Hersteller

Wie ging es Ihnen in den darauffolgenden Tagen und Wochen?

Falls Sie bleibende adverse Reaktionen erleben, beschreiben Sie bitte genauer:

Bitte notieren Sie den Konsum von Medikamenten Drogen Zigaretten

Möchten Sie noch etwas mitteilen?:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die AGBs (www.mutternatur.eu)

Ort | Datum

Unterschrift