

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:



Sind Sie gegen Corona geimpft?

Ja Nein

Wie haben Sie die Impfung/en vertragen?

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