

## ERFASSUNGSBOGEN

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Adresse, Telefonnummer

---

Krankenkasse, Zusatzversicherung

Bekannte Diagnosen, Traumata, Verletzungen, Operationen:

---

---

---

Ernährung (allgemeine Gewohnheiten), Allergien, Unverträglichkeiten:

---

---

---

Medikamente, homöopathische Mittel, Nahrungsergänzungsmittel, etc.:

---

---

Hauptbeschwerden:

Nebenbeschwerden:

---

---

---

---

---

---