

Praxis für ganzheitliche Therapien

Kerstin Engroff

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte tragen Sie in dieses Blatt ein, wann und welche Kinderkrankheiten, Brüche, Unfälle, Operationen, Zahnoperationen, Narkosen oder sonstige Leiden Sie hatten oder haben. Dies erleichtert unsere Arbeit und ermöglicht für Sie eine effektivere Behandlung.

Name(n): _____ Telefon: _____
geb. am: _____ Telefax: _____
Straße: _____ Email: _____
Wohnort: _____

Anamnese:

Geburt (Kaiserschnitt, Wehentropf) : _____

Andere Geburtsschwierigkeiten ? _____

Kinderkrankheiten: _____

Impfungen: _____

Brüche: _____

Unfälle: _____

Bagatellunfälle: _____

Operationen: _____

Zähne (bitte Position angeben): Operationen: _____

tote Zähne: _____ wurzelgefüllte Zähne: _____

Kronen: _____ verschiedene Metalle: _____

fehlende Zähne: _____ Weißheitszähne: _____

Narkosen: _____

Andere Leiden: _____

Derzeitige Medikamente: _____

Andere Therapien: _____

Stuhlgang: _____
(Häufigkeit, Beschaffenheit)

Schwitzen: _____

Trinkmenge: _____

Ernährung (Fleisch? Süßigkeiten?, Alkohol?, Nikotin?) : _____

Sport: _____