

Patientenblatt

Vor- und Nachname:	
Adresse:	
Ort:	
Geburtsdatum:	
Telefon/Handy:	
E-Mail:	
Krankenkasse:	
Hausarzt:	
Wie kamen Sie auf mich?	
Welche Beschwerden führen Sie zu mir?	
Haben Sie Narben?	
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein und zu welcher Diagnose?	
Gab es Unfälle? Wenn ja, welche und wann?	
Wurde bei Ihnen jemals eine Virusinfektion (z.B. HIV) festgestellt?	
Sind sie Bluter?	
Leiden sie unter Allergien?	
Haben Sie Verdauungsprobleme – wenn ja, wie äußern sich diese?	
Sonstiges?	
Ort und Datum:	

Was meine Behandlungen bewirken können

Meine Behandlungen unterstützen und aktivieren den Energiefluss in den Meridianen. Sie können Blockaden und Stauungen, somit dadurch entstandene Schmerzen, auflösen, die Durchblutung fördern, die Immunkraft stärken und körpereigene Selbstheilungskräfte aktivieren.

Was sie nicht können

Keine meiner Behandlungen können einen Arztbesuch oder die vorschriftsgemässe Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten ersetzen!

In Notfällen und bei akuten Erkrankungen ist stets unverzüglich eine Ärztin oder ein Arzt aufzusuchen!

