



Persönliche Angaben

Herr

Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon / Mobil

E-Mail

Therapie Angaben

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Suite

Wunschtermin

Gewünschte Unterbringung

Welche Therapien wurden bereits durchgeführt? Bitte geben Sie die **Therapieform** sowie den **Zeitpunkt** an.

Persönliche Anmerkungen - welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an eine Therapie?

Aufgrund welcher Beschwerden streben Sie eine Behandlung an?

— Medizinische Angaben —

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte geben Sie die genaue Bezeichnung sowie die Dosierung an.
 Falls Sie **Aspirin** einnehmen, nennen Sie uns bitte den **genauen Grund** hierfür.

Nehmen Sie gerinnungshemmende Mittel? z.B. Marcumar

Ja

Nein

Wenn ja, bitte geben Sie die **genaue Bezeichnung, die Dosierung und den Grund** der Einnahme an.

Frühere Krankheiten

Ja

Nein

Wenn ja, bitte geben Sie Art und Zeitpunkt der Krankheit an.

Wurden Sie bereits operiert?

Ja

Nein

Wenn ja, bitte geben Sie Art und Zeitpunkt der Operation an.

Leiden/ litten Sie an folgenden gesundheitlichen Störungen? Zutreffendes bitte ankreuzen

Angina pectoris (Herzkrankheit)

Embolie, Thrombose

Bandscheibenschaden

Herzinfarkt

Chronische Bronchitis

Gelenk- und Gliederschmerzen

niedriger Blutdruck, Hypotonie

Asthma Bronchiale

Erkrankungen innerer Organe

hoher Blutdruck, Hypertonie

Allergien _____

Schlaganfall

Diabetes, Blutzuckerwert _____

Krebserkrankungen

Sonstiges _____

Hiermit weisen wir Sie auf unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen hin. Diese werden auf unserer Internetseite unter www.frischzellen.de erläutert und nach verbindlicher Reservierung Inhalt des Behandlungsvertrages.

Ort, Datum

Unterschrift