



Vital-Aku TCM Praxis

Patienten-Datenblatt

Frau Herr

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Körpergrösse _____ Gewicht _____

Familienstand _____ Beruf _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____ E-Mail _____

Telefon Privat _____ Mobile _____

Krankenkasse _____ Zusatzversicherung Ja Nein

Hausarzt (Name und Ort) _____

Sind Sie schwanger(bei Frauen)? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck? Ja Nein

Nehmen Sie Medikamente für Blutverdünnung? Ja Nein

Sonst andere Medikamente? _____

Operationen? _____

Welche Beschwerden haben Sie?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Flyer Internet Überweisung Bekannte Andere _____

Datum _____ Unterschrift _____