

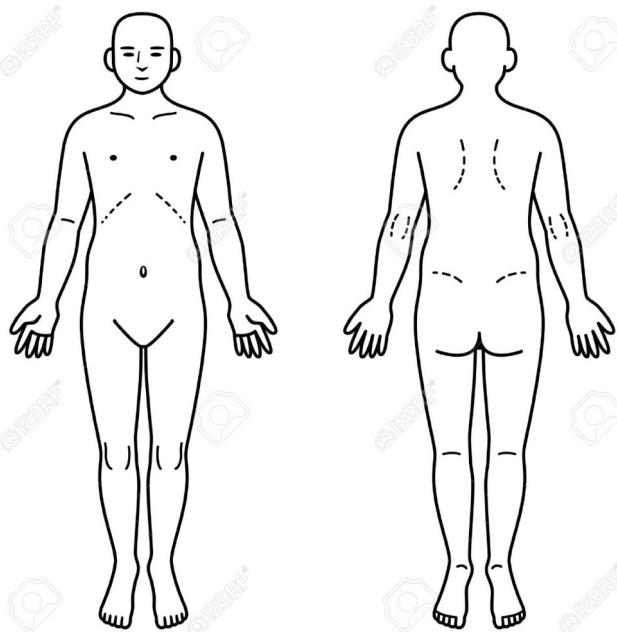
Name

Adresse

Geb.Datum

Tel.Nr.

Beruf



Aktuelle Symptome und Beschwerden

Medizinische Vorgeschichte/Therapien

Medikamente

Traumatische Ereignisse (Unfälle, Operationen, Zahnbehandlungen, Allergien, Kinder-Krankheiten)

Geburt (wenn noch möglich nachfragen)

Familiengeschichte

Ernährung/ Schlaf

Ressourcen/ Kraftquellen (Orte, Lieder, Menschen, Tiere)

Anliegen/Ziel der Behandlung - was bist du bereit beizutragen/zu verändern