

Einsender, Therapeut:

Datum: / / '11

Adresse:

Tel, Fax:

Name des Patienten:

Adresse d. Pat.:

Tel, Fax:

Gewicht, Größe

Geburts-Datum:

Geschlecht, Konstitution:

*Vorgeschichte: (bitte unterstreichen und/oder ergänzen)*

Risikopatient? (KHK, Diabetes,- Alkohol, Nikotin etc.) nein ja, was ? :

erbliche Belastung:        nein    ja, welche ? :

andere Belastungen:        nein    ja, welche ? :

Unfall, Verletzungen:        nein    ja, welche ?

Operationen:                nein    ja, welche ? :

derzeitige Hauptbeschwerden; seit wann:

auffällige Laborwerte, Testergebnisse:

Verdachtsdiagnose(n):

frühere und derzeitige Medikation:

Naturheilkundliche Verfahren?: nein / ja, welche ? :

Folgende Daten werden im Labor ausgefüllt:

Eingang am: . . '11

Lab Nr:

Ansatz Nr.:

Typ, Farbe:

Dil am :