



Sylvia Knorr

Naturheilkunde

Patientenbogen

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum/ -zeit/ -ort _____

Straße _____

Postleitzahl/Ort _____

Telefonisch erreichbar _____

E-Mail _____

Größe / Gewicht _____

Beruf _____

Familienstand _____

Kinder (Anzahl/Alter) _____

Krankenkasse / Zusatzversicherung _____

Blutgruppe _____

Termine müssen 24 Stunden im Voraus abgesagt werden. Im Falle einer kurzfristigen Stornierung oder Nichterscheinen berechnen wir die entstandenen Kosten. Die Rechnung wird gemäß den geltenden GEBÜH-Tarifbestimmungen ausgestellt. Ich trage die Kosten für Behandlung und Labor, auch wenn die Krankenkasse nur Teile oder keine Teile erstattet.

Schriftliche Zustimmung gemäß Datenschutz (DSGVO). Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die erforderlichen Daten zum Zwecke der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Datum

Unterschrift



Sylvia Knorr

Naturheilkunde

Jetzige Beschwerden _____

Grund des Besuches _____

Seitherige Operationen _____

Jetzige Medikamenteneinnahme (auch naturheilkundliche und Nahrungsergänzung) _____

Zur Zeit laufende Behandlungen und Anwendungen _____

Chronische Erkrankungen _____



Sylvia Knorr

Naturheilkunde

Patientenbogen

Name _____ Geburtsdatum _____

Uhrzeit	Flüssigkeit	Nahrung	Gemüse/Obst



Sylvia Knorr

Naturheilkunde