

ANAMNESE FRAGEBOGEN - EMP CHAIR PRO

Bitte füllen Sie diesen Anamnese Fragebogen vor Ihrem Behandlungstermin aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Männlich:

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Weiblich:

PLZ, Stadt: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Vorerkrankungen?

Herzschrittmacher	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt oder schwaches Herz	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Metall - oder Intim - Implantat	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall Patienten	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Kupferspirale	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Offene Wunden oder Verletzungen	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
Bösartige Tumore	Nein	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>

- Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie uns körperliche- oder psychische Erkrankungen vor Aufnahme der Behandlung mitgeteilt haben.
- Eine Garantie für den zu erwarteten Erfolg kann aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift