



Gesundheitspraxis

Marisa Tauriello
dipl. Naturheilpraktikerin
dipl. Manuelle Lymphdrainage-Therapeutin

deep down – connected with the source

Bitte notieren Sie Ihre Angaben in Blockbuchstaben

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Strasse | |
| PLZ / Ort | |
| Telefon-Privat | |
| Telefon-Geschäft | |
| Telefon Handy | |
| E-Mail | |
| Beruf | |
| Krankenkasse/Zusatzversicherung | |
| Name des Hausarztes | |
| Wie wurden Sie auf meine Praxis aufmerksam? (Zeitung, Bekannte, usw.) | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? (Bitte alle notieren, auch unwichtige) | |
| Welche Ergänzungsprodukte nehmen Sie zurzeit? (Aufbaumittel, Vitamine usw.) | |
| Haben Sie Implantate? (z.B. Herzschrittmacher, künstliches Hüftgelenk) | |

| | |
|-----------------------|--|
| Beschwerden und Ziele | |
|-----------------------|--|

Wichtig

Ich weise hiermit darauf hin, dass ich keine Ärztin bin. Der Besuch in meiner Praxis erfolgt auf eigene Verantwortung. Meine Leistungen werden von den Krankenkassen nur teilweise übernommen und meistens nur, wenn Sie eine Zusatzversicherung für komplementäre Heilmethoden abgeschlossen haben.

Bitte Termine 48h vorher abmelden! Ansonsten werden sie verrechnet. Besten Dank.

Datum / Ort _____ Unterschrift des Klienten _____