



Anamnesebogen

Liebe Patientin, lieber Patient!

Je mehr ich über Sie erfahre, desto besser kann ich mich auf Ihren Besuch vorbereiten und Sie gesundheitlich unterstützen. In diesem Sinne bitte ich Sie, den Bogen auszufüllen und ihn mir frühzeitig zukommen zu lassen. Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Titel:
 Straße + Hausnr.: Postleitzahl: Ort:
 E-Mail: Tel. Festnetz: mobil:
 Geb-Datum: Größe: Gewicht:
 Hausarzt: Krankenkasse:

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Auf Empfehlung von: Bewertungsportale Praxishomepage

Welches Anliegen führt Sie zu mir?

.....

Erkrankungen der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung (welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurodermitis/ Allergie/ Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ Nervenleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erkrankungen der Familie:

	Mutter	Vater	Geschwister
Andere wichtige Erkrankungen:
Mutter verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? Alter?	Woran?
Vater verstorben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Wann? Alter?	Woran?

Welche Erkrankungen gab oder gibt es bei Ihnen selbst und (seit) wann?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	seit:	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/> Chron. Darmerkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung	seit:
<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen	seit:	<input type="checkbox"/> Rheuma	seit:
<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Hörsturz/ Tinnitus	seit:
<input type="checkbox"/> Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Depression/ Nervenleiden	seit:
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	seit:	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	seit:
<input type="checkbox"/> Asthma	seit:	<input type="checkbox"/> Heuschnupfen	seit:
<input type="checkbox"/> COPD/ Emphysem	seit:	<input type="checkbox"/> Andere Allergien	seit:
<input type="checkbox"/> Reizdarm	seit:	<input type="checkbox"/> Der letzte Allergietest war im Jahr :	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankung		
Wenn ja: welche?		



Welche anderen Erkrankungen gibt oder gab es bei Ihnen noch und (seit) wann?

Gab es bedeutsame Operationen, Unfälle oder Verletzungen, insbesondere der Halswirbelsäule (Wann? Was?):

Gab es bei früheren Laboruntersuchungen einmal Auffälligkeiten?

- noch nie** oder **auffällig waren schon mal die:** Leberwerte Nierenwerte
 Blutzuckerwerte Cholesterin Entzündungswerte Eisenmangel Blutarmut Schilddrüsenwerte

Leiden Sie oder litten Sie früher schon einmal an folgenden Beschwerden?

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schleimgefühl im Hals oder Rachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase/ Naselaufen/ Niessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in körperlicher Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engegefühl/Beklemmung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnarchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Atemauffälligkeiten/ -pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morgendliche Unausgeschlafenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit am Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasche Erschöpfung bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen: Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme/ -schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel- oder Wadenkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Lustlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit/ Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Schwitzen nächtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautprobleme (Jucken, Rötung, Akne...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehäuftes Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augentrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundtrockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wassereinlagerungen (Hände? Füße?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Infektanfälligkeit

Grippe/ Erkältung u. ä.: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr
Blasenentzündungen: in den letzten 5 Jahren durchschnittlich mal pro Jahr

Antibiotikabehandlungen: (egal ob bei Erkältung, Blasenentzündung, Zahnproblemen, Operationen ...)

In Ihren **ersten (!) 5 Lebensjahren** insgesamt: mal In den **letzten 10 Jahren** insgesamt: mal

Verdauungsgewohnheiten und -beschwerden:

Wie oft haben Sie Stuhlgang? mal pro Tag, wenn nicht täglich: mal pro Woche

Konsistenz des Stuhls überwiegend: hart normal breiig Durchfall wechselnd

	(fast) nie	ab und zu	häufig	(fast) immer	derzeit
Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen/-krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrtes Aufstoßen (nicht sauer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchgewohnheiten:

Ich bin Nichtraucher immer schon seit Jahren
 Ich rauche durchschnittlich etwa Zigaretten pro Tag früher rauchte ich Zigaretten pro Tag

Veränderung Ihres Körpergewichts:

Ich habe in den letzten 10 Jahren unterm Strich:

mein Gewicht kaum verändert kg abgenommen kg zugenommen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

nein ja mal pro Woche für ca. Minuten. Sportart/-en:

Tragen Sie aktuell noch Amalgamfüllungen?

nein oder:

Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Hatten Sie früher Amalgamfüllungen, die inzwischen entfernt wurden?

nein oder:

Ja, ich hatte 1-2 3-5 6-8 9 oder mehr Amalgamfüllungen

Haben Sie Implantate? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8
Überkronte Zähne? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8
Wurzelgefüllte/ tote Zähne? nein Ja, ich habe 1-2 3-5 6-8

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Brot/ Brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	(fast) nie	ab und zu	mehrfach pro Wo.	einmal täglich	mehrfach täglich
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasser mit / Ohne Kohlensäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coca Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein (Gläser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?

.....

Wie wurden Sie geboren? spontane Geburt per Kaiserschnitt weiß ich nicht

Beziehungssituation: ich allein lebend geschieden verheiratet
bin in fester Partnerschaft ich habe Kind/-er ich habe keine Kinder

Derzeitige berufliche Tätigkeit: Wochenarbeitszeit: h

Notieren Sie nun bitte noch **alle (!) Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel**, die Sie aktuell einnehmen inklusive verhütender Maßnahmen, Sprays und Bedarfsmittel (Schmerz-, Allergie- und Schlaftabletten etc.).

Zur Medikation: Wenn auf der Packung der Präparate eine Mengenangabe ersichtlich ist, bitte aufführen: z. B. Ramipril 5 mg oder L-Thyroxin 75

Medikament:	morgens	mittags	abends	z.Nacht	nur bei Bedarf
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?

.....
.....



Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz (DSGVO)

Um dokumentieren und abrechnen zu können, ist es erforderlich, dass ich Ihre persönlichen Daten speichern darf. Es handelt sich bei den Daten um Ihren Namen, Ihre Anschrift und Ihre Daten zur Behandlung Ihrer Person sowie Diagnosen und Rechnungen.

Unter gewissen Umständen kann es erforderlich sein, dass ich diese Daten weitergebe, wie zum Beispiel an:

- Kollegen oder Ärzte zur weiteren Behandlung.
- Labore für die Blut, Stuhl, Speichel und Urinproben.

Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte zu Werbezwecken!

Die Vorschriften des Datenschutzes (BDSG, DSGVO) verlangen eine Einwilligung in die Datenspeicherung und Datenverarbeitung. Daher bitte ich Sie, diese Einwilligung zu unterschreiben.

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ Ort:

Hiermit willige ich ein, dass notwendigen Daten zum Zweck der Dokumentation und Abrechnung erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Potsdam, den

.....
Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

Rechte des Betroffenen:

Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, mir gegenüber um umfangreiche **Auskunftserteilung** zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber mir die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen. Die Löschung kann aber frühestens nach gesetzlicher Frist erfolgen, 10 Jahre nach dem letzten Behandlungstag.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf schriftlich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an mich übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Bei weiteren Fragen bezüglich der Datenschutzangelegenheiten in Potsdam wenden Sie sich bitte an folgende Anschrift:
Stadthaus, Friedrich-Ebert-Str. 79/81, 14469 Potsdam



Newsletter

Für Informationen und Veranstaltungen verschicke ich 2 – 4 Mal im Jahr einen Newsletter.
Selbstverständlich wird Ihre Emailanschrift nicht an Dritte weitergegeben. Eine Austragung aus dem Verteiler ist jederzeit per Email oder schriftlich möglich.

Ich möchte den Newsletter erhalten: Ja Nein

Emailanschrift:

Zusatzinformationen

1. **Kostenerstattung:** Die gesetzliche Krankenkasse übernimmt keine Kostenerstattung von Heilpraktikern. Private Krankenkassen, Beihilfe, Zusatzversicherungen können sich je nach Vertrag, unterschiedlich an den Kosten beteiligen. Unerheblich einer Kostenerstattung seitens der Krankenkasse oder Beihilfe, sind die erbrachten Leistungen vollständig zu begleichen.
2. **Zahlungsmodalitäten:** Um buchhalterische Aufgaben so gering wie möglich zu halten, möchte ich Sie bitten, alle Leistungen wie Beratungen, Infusionen, Behandlungen und weitere Dienstleistungen nach Abschluss entweder bar oder mit EC-Karte zu begleichen. Selbstverständlich erhalten Sie eine Quittung und eine Rechnung. Vielen Dank.
3. **Alternative und regulative Naturheilkunde:** Alle angebotenen Diagnose- und Therapiemethoden kommen aus dem Bereich der Alternativ- bzw. Erfahrungsmedizin und sind über viele Jahre erprobt. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind diese nicht oder nur teilweise schulmedizinisch oder wissenschaftlich in Funktion und Wirksamkeit bewiesen. Auch wenn ich mein ganzen Können und Wissen einsetze, kann eine Heilung nicht garantiert werden.
4. **Schulmedizinische Behandlungen:** Alle schulmedizinischen Medikamente und Behandlungen können parallel zu meinen Behandlungsmethoden erfolgen. Ein Absetzen derer wird nicht geraten!
5. **Terminvergabe:** Zum Schluss eine Bitte im beidseitigen Interesse: Die Praxis arbeitet nach dem Bestellsystem. Können Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen, sagen Sie diesen bitte spätestens 24 Stunden vorher ab. Ich bitte um Verständnis, dass ich den Termin in Rechnung stelle, sofern ich den Termin nicht anderweitig vergeben kann.

Potsdam, den

.....
Unterschrift des Patienten/des Erziehungsberechtigten

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Heilpraktiker Andreas Klose
Gutenbergstraße 65
14467 Potsdam

Tel.: 0331-27 33 99 77
E-Mail: info@heilpraxisklose.de
Web: www.heilpraxisklose.de