



NATURHEILPRAXIS

Monja Müller

HEILPRAKTIKERIN

KIRCHSTRASSE 2 58540 MEINERZHAGEN

TEL.: 02354/9449486 MOBIL: 0163 1407165

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt: _____

Persönliche Daten:

Familienstand: _____

Kinder (Geburtsjahr(e) des/der Kindes/r):

Beruf / Tätigkeit: _____

Krankenvorgeschichte:

bekannte Erkrankungen, seit wann, wie bisher behandelt?:

Operationen: welche? wann?

(bei Frauen) Geburten: Spontangeburt/Kaiserschnitt? Komplikationen? Wann?

Allergien/Unverträglichkeiten: _____

Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel: bitte möglichst genau, incl. Dosierung, gerne Rückseite nutzen