

Vertrauliche Patienten-Information

Anforderung - Vitalitätsanalyse

Hinweis zur digitalen Bearbeitung

Bitte laden Sie diese PDF zuerst herunter und speichern Sie sie lokal auf Ihrem Rechner. Füllen Sie sie dort aus, drucken Sie sie anschließend aus und senden Sie sie zusammen mit den vorgesehenen Unterlagen per Post. Bitte nicht unverschlüsselt per E-Mail versenden.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Geburtsort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wer hat Sie empfohlen? (Name / Praxis / Partner)

Praxis (Stempel oder Name)

Labor-Nr.

Sind Sie privatversichert und/oder zusatzversichert oder beihilfefähig?

(nur wichtig, wenn Sie eine spezifizierte Rechnung für Ihre Versicherung brauchen)

ja

nein

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine radionische Vitalitätsanalyse für 93,75 Euro durchgeführt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (nach Ausdruck handschriftlich)

Angaben zur Vitalitätsanalyse

Welche Sportart betreiben Sie?

Nennen Sie uns bitte Ihre aktuellen Beschwerden und Krankheiten.

Bitte beschreiben Sie die Beschwerden möglichst konkret.

Seit wann leiden Sie unter Ihren Beschwerden bzw. Krankheiten?

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?