



**Naturheilpraxis  
für Regulationsmedizin und Ästhetik**

Lindenstr. 50  
61250 Usingen  
Tel. 06081 577234

**Cynthia Wolf**  
**Heilpraktikerin**

**Anamnesefragebogen**

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_

Kinder \_\_\_\_\_

Hausarzt/Facharzt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

RR/Puls \_\_\_\_\_ Temp. \_\_\_\_\_

Rauchen \_\_\_\_\_

Alkohol \_\_\_\_\_

Drogen \_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

## Beschwerden

**Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann ?**  
Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

1.	_____	seit: _____
2.	_____	seit: _____
3.	_____	seit: _____
4.	_____	seit: _____
5.	_____	seit: _____
6.	_____	seit: _____
7.	_____	seit: _____
8.	_____	seit: _____

**Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?**

---

**Wieviele Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?**

---

**Wie war der Erfolg?**

sehr gut     gut     mäßig     schlecht     sehr schlecht

**Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden ?**

eine Erkrankung     Kummer     Trauer     Schreck     Operationen

Hautausschläge     andere: \_\_\_\_\_

---

**Welche Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zur Zeit ein?**

---

**Was erwarten Sie von meiner Behandlung?**

---

## Krankheitsgeschichte

### Chronologische Krankheitsgeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### Welche Infektionskrankheiten haben Sie gehabt ?

- |  |                                       |   |                                   |
|--|---------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Masern              | <input type="checkbox"/> Mumps        | <input type="checkbox"/> Röteln                     | <input type="checkbox"/> Siphilis |
| <input type="checkbox"/> Windpocken          | <input type="checkbox"/> Scharlach    | <input type="checkbox"/> Tetanus                    |                                   |
| <input type="checkbox"/> Malaria             | <input type="checkbox"/> Salmonellose | <input type="checkbox"/> Ruhr                       |                                   |
| <input type="checkbox"/> Gonorrhoe (Tripper) | <input type="checkbox"/> Keuchhusten  | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung              |                                   |
| <input type="checkbox"/> Tropenkrankheiten   | <input type="checkbox"/> Tuberkulose  | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |                                   |

### Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

- ja  nein

### Falls ja, welche wurden eingesetzt?

---

### Haben Sie Narben von Operationen?

- ja  nein

### Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

- ja  nein

### Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, Geschwister)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Krebs               | <input type="checkbox"/> Tuberkulose     | <input type="checkbox"/> Geisteskrankheiten | <input type="checkbox"/> Epilepsie          |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten     | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> Asthma             | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit    |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen   | <input type="checkbox"/> Rheumatismus    | <input type="checkbox"/> Steinkrankheiten   | <input type="checkbox"/> Allergien          |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose   | <input type="checkbox"/> Schuppenflechte | <input type="checkbox"/> Gicht              | <input type="checkbox"/> Neurodermitis      |
| <input type="checkbox"/> Depressionen        | <input type="checkbox"/> Suizid          | <input type="checkbox"/> Migräne            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankh. |
| <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten: |  |   |   |

---

## Impfungen

### Welche Impfungen haben Sie bekommen?

- |  |                                     |  |                                    |
|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose (BCG) | <input type="checkbox"/> Röteln     | <input type="checkbox"/> Polio (Kinderlähmung) | <input type="checkbox"/> Cholera   |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie        | <input type="checkbox"/> Gelbfieber | <input type="checkbox"/> Tetanus               | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> HIB               | <input type="checkbox"/> Pocken     | <input type="checkbox"/> Keuchhusten           | <input type="checkbox"/> Grippe    |
| <input type="checkbox"/> Masern            | <input type="checkbox"/> Mumps      |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> andere: _____     |                                     |  |                                    |

### Gab es Reaktionen auf Impfungen?

- |  |                                  |  |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Fieber          | <input type="checkbox"/> Krämpfe | <input type="checkbox"/> Verhaltensveränderungen |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> Unruhe  | <input type="checkbox"/> andere: _____           |

## Emotionales

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Reagieren Sie auf Wärme im Sommer?                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie berührungsempfindlich?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein geschlossener Kragen?          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beeinträchtigt Sie ein enger Gürtel?                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Halten Sie enge Räume aus?<br>(z.B. Fahrstühle etc.)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie unter mangelnder<br>Konzentration?         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie müde und erschöpft?                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist Ihre Reizbarkeit verstärkt?                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie einen Ängste-Schuldgefühle-<br>Konflikt?    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Treiben Sie regelmäßig Sport?                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwitzen Sie leicht?                                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schwitzen Sie Nachts?<br>An welchem Körperteil: _____ | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> kalter Schweiß | <input type="checkbox"/> warmer Schweiß |
|---|---|

- |                                      |                                     |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| Frieren Sie schnell?                 | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kalte Hände | <input type="checkbox"/> Kalte Füße |                               |

### Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich ?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr belastbar | <input type="checkbox"/> mäßig belastbar | <input type="checkbox"/> gar nicht belastbar |
|---|--|--|

### Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern?

- |                                   |                              |                                |                                   |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

### Haben Sie einen Partner bzw. eine Partnerin?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

### Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrem Partner bzw. Ihrer Partnerin?

- |                                   |                              |                                |                                   |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> mäßig | <input type="checkbox"/> schlecht |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

### Sind Sie glücklich?

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

## Ernährung

Wieviele Liter trinken Sie täglich? \_\_\_\_\_

Was trinken Sie? \_\_\_\_\_

Welche Nahrungsmittel essen Sie?

- |  |                                      |   |   |
|--|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Süßigkeiten | <input type="checkbox"/> Weißmehlprodukte | <input type="checkbox"/> Kuchen             |
| <input type="checkbox"/> Eier          | <input type="checkbox"/> Zucker      | <input type="checkbox"/> Nüsse            | <input type="checkbox"/> Zuckerersatzstoffe |

Auf welche Lebensmittel können Sie nur schwer verzichten?

Verlangen nach:

- |                                 |                                  |                                  |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süß    | <input type="checkbox"/> Sauer   | <input type="checkbox"/> Pikant  | <input type="checkbox"/> Bitter |
| <input type="checkbox"/> Salzig | <input type="checkbox"/> Scharf  | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Eier   |
| <input type="checkbox"/> Obst   | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Alkohol |                                 |

Abneigungen gegen:

- |                                 |                                  |                                  |                                 |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Süß    | <input type="checkbox"/> Sauer   | <input type="checkbox"/> Pikant  | <input type="checkbox"/> Bitter |
| <input type="checkbox"/> Salzig | <input type="checkbox"/> Scharf  | <input type="checkbox"/> Fleisch | <input type="checkbox"/> Eier   |
| <input type="checkbox"/> Fett   | <input type="checkbox"/> Alkohol |                                  |                                 |

Nahrungsmittel-Allergien auf: \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien?

- ja  nein

wenn ja, welche:

Wurden Sie gestillt?  ja  nein

War Ihre Geburt eine natürliche?  ja  nein

Sind Sie bereit, Ihre Ernährungsgewohnheiten mit unserer Hilfe zu verbessern?

- ja  nein

## Wohnung

Ist Ihr Schlaf- und Ihr Arbeitsplatz auf Geopatische und Elektromok-Belastungen untersucht worden?  ja  nein

Wie ist Ihre Wohnung beschaffen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Funkmasten in der Nähe        | <input type="checkbox"/> Überlandleitung/Bahnstrom in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Bäche, Flüsse in der Nähe     | <input type="checkbox"/> Schimmelpilzbelastung                 |
| <input type="checkbox"/> Antiquitäten/Holzschutzmittel | <input type="checkbox"/> Teppichböden                          |
| <input type="checkbox"/> Mikrowelle                    |  |

Wie ist Ihr Schlafplatz eingerichtet?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> schnurlose Telefone/Internet | <input type="checkbox"/> elektrische Geräte standby     |
| <input type="checkbox"/> Wasserbett                   | <input type="checkbox"/> eingebauter elektrischer Motor |

Wie ist Ihr Schlaf?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit                          | <input type="checkbox"/> Sprechen im Schlaf                    | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen                   |
| <input type="checkbox"/> Unruhe in den Beinen                     | <input type="checkbox"/> heiße Füße                            | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten beim Einschlafen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß                             | <input type="checkbox"/> Lebhaftige Träume                     |   |
| <input type="checkbox"/> häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____ | <input type="checkbox"/> häufiges Wasserlassen, wie oft: _____ |   |

**Schlaflage:**

- Bauch                       Rücken                       links                       rechts  
 sitzend                       kniend                       zusammengerollt

**Schlafzeit:**

Übliches zu Bett gehen: \_\_\_\_\_

Übliches Aufstehen: \_\_\_\_\_

**Kopf****Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

- häufig     selten     nie

wenn ja, wo und wann:

- Stirn-Augen-Schläfenregion                       Hinterhauptregion  
 halbseitig links                       halbseitig rechts                       doppelseitig  
 wandernd von links nach rechts                       wandernd von rechts nach links  
 morgens                       abends

Auslöser der Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

Was verbessert: \_\_\_\_\_

Was verschlechtert: \_\_\_\_\_

**Haare:**

- Haarausfall     kreisrunder     vereinzelter     seit wann:

**Augen:**

- Bindehautentzündung                       kurzsichtig                       weitsichtig  
 sonstige Beschwerden                       Brille seit:

**Ohren:**

- Schmerzen links                       Schmerzen rechts                       beidseitig                       schwerhörig  
 Ohrengeräusche                       Ohrendruck                       Mittelohrentzündungen

**Zähne/Kiefer:**

- häufige Zahnarztbesuche                       Beschwerden bei der Zahnung                       Tote Zähne  
 Wurzelbehandelte Zähne                       Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne  
 Empfindliche Zähne auf:                       heiß                       kalt

Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt?     ja                       nein

Zahnfüllmaterialien:     Amalgam     Gold                       Titan                       Kunststoff     Keramik     Palladium

**Nase:**

- Operationen                       Heuschnupfen                       häufige Nasennebenhöhlenentzündungen  
 behinderte Nasenatmung                       Nase verstopft                       Allergien auf:

Absonderungen :                       wässrig     schleimig     eitrig     grünlich

**Mandeln:**

- Operation     häufig Mandelentzündungen     als Kind                       heute

**Schilddrüse:**

- Überfunktion                       Unterfunktion                       Vergrößerung                       Operation

## Brust-Bauch-Rücken

- |                        |  |   |  |
|------------------------|--|---|--|
| <b>Brustdrüse</b>      | <input type="checkbox"/> Beschwerden             | <input type="checkbox"/> Operation                      |  |
| <b>Herz</b>            | <input type="checkbox"/> Beschwerden             | <input type="checkbox"/> Stechen                        | <input type="checkbox"/> Druckgefühl       |
|                        | <input type="checkbox"/> Infarkt                 | <input type="checkbox"/> Beklemmung                     | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen |
| <b>Lunge</b>           | <input type="checkbox"/> Bronchitis              | <input type="checkbox"/> häufig Husten                  | <input type="checkbox"/> Atemnot           |
| <b>Leber</b>           | <input type="checkbox"/> Entzündungen            | <input type="checkbox"/> Hepatitis                      |  |
| <b>Galle</b>           | <input type="checkbox"/> Steine                  | <input type="checkbox"/> Koliken                        | <input type="checkbox"/> Operation         |
|                        | <input type="checkbox"/> Druck im Oberbauch      | <input type="checkbox"/> Fettunverträglichkeit          |  |
| <b>Magen</b>           | <input type="checkbox"/> Völlegefühl             | <input type="checkbox"/> Gastritis                      |  |
|                        | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit        | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien        |  |
| <b>Rücken</b>          | <input type="checkbox"/> Schmerzen               | <input type="checkbox"/> Hexenschuss                    |  |
|                        | <input type="checkbox"/> Ischias                 | <input type="checkbox"/> Skoliose                       |  |
| <b>Niere/Blase</b>     | <input type="checkbox"/> Nierensteine            | <input type="checkbox"/> Entzündungen                   | <input type="checkbox"/> häufig:           |
| <b>Harn</b>            | <input type="checkbox"/> viel                    | <input type="checkbox"/> wenig                          | <input type="checkbox"/> häufig            |
|                        | <input type="checkbox"/> kann nicht halten       | <input type="checkbox"/> Geruch nach:                   |  |
| <b>Darm</b>            | <input type="checkbox"/> Infektionen             | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden                   |  |
|                        | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation      | <input type="checkbox"/> Blähungen; Geruch nach:        |  |
| <b>Stuhlgang</b>       | <input type="checkbox"/> täglich                 | <input type="checkbox"/> jeden 2. Tag                   |  |
|                        | <input type="checkbox"/> unregelmäßig            | <input type="checkbox"/> riecht nach:                   |  |
|                        | <input type="checkbox"/> häufig Verstopfung      | <input type="checkbox"/> Neigung zum Durchfall          |  |
| Konsistenz des Stuhls: | <input type="checkbox"/> hell                    | <input type="checkbox"/> dunkel                         | <input type="checkbox"/> übelriechend      |
|                        | <input type="checkbox"/> hart                    | <input type="checkbox"/> knollig                        | <input type="checkbox"/> weich             |
|                        | <input type="checkbox"/> schmierig               | <input type="checkbox"/> pastenartig                    |  |
|                        | <input type="checkbox"/> kann Stuhl nicht halten | <input type="checkbox"/> Gefühl, nicht fertig zu werden |  |

## Arme-Beine-Rücken-Haut

- |                   |  |  |   |
|-------------------|--|--|---|
| <b>Arme</b>       | <input type="checkbox"/> Verletzungen        | <input type="checkbox"/> Schmerzen         | <input type="checkbox"/> Kribbeln       |
|                   | <input type="checkbox"/> Kalte Hände         | <input type="checkbox"/> Tennisellenbogen  |   |
| <b>Beine</b>      | <input type="checkbox"/> Schmerzen           | <input type="checkbox"/> Krampfadern       | <input type="checkbox"/> Operationen    |
|                   | <input type="checkbox"/> Verletzungen        | <input type="checkbox"/> Kalte Füße        | <input type="checkbox"/> Kribbeln       |
|                   | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl     |  |   |
| <b>Rücken</b>     | <input type="checkbox"/> Beweglichkeit       | <input type="checkbox"/> Verspannungen     | <input type="checkbox"/> Rheuma         |
|                   | <input type="checkbox"/> Belastungen         |  |   |
| <b>Haut/Nägel</b> | <input type="checkbox"/> Verbrennungen       | <input type="checkbox"/> Narben            | <input type="checkbox"/> Geschwüre      |
|                   | <input type="checkbox"/> Hautjucken          | <input type="checkbox"/> Warzen            | <input type="checkbox"/> Pilze          |
|                   | <input type="checkbox"/> eingewachsene Nägel | <input type="checkbox"/> Nagelbettentzünd. | <input type="checkbox"/> Allergien auf: |

## Gynäkologischer /Urologischer Bereich

### Gynäkologisch

- Ausfluss:  keinen  stark  weiß  gelb  färbt die Wäsche  wundmachend
- Schmerzen  Eierstockentz.  Ausschabungen  Fehlgeburten  Geburten/wieviele:  
 Abtreibungen  Tumore  Zysten  Myome  Geschlechtskrankh.

### Menses

- Blutungen sind:  hell  dunkel  klumpig  braun  unregelmäßig  regelmäßig

### Prostata

- vergrößert  Entzündungen  
 Beschwerden beim Wasserlassen  Geschlechtskrankheiten

### Sexualität

- vermindert  verstärkt  unbefriedigt  
 Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

## Schmerzfragen

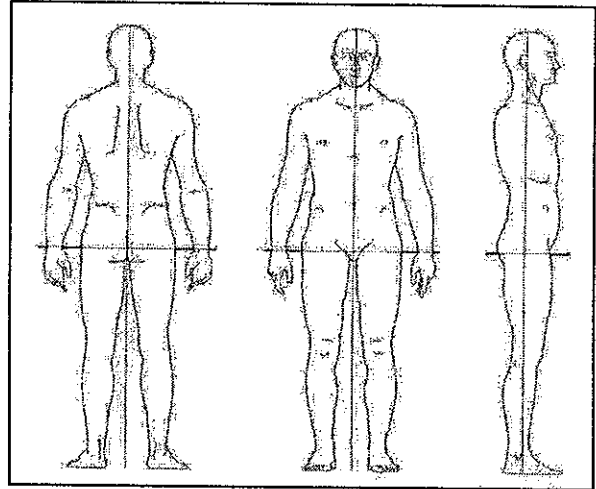
Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen!

- Kreuz = Punktförmiger Schmerz  
Linie = Unklare Schmerzlokalisierung  
Pfeil = Ausstrahlender Schmerz

Schmerzskala für den Hauptschmerz  
von 1-10:

- 1= schwach  
5= mittel  
10= sehr stark

meine Schmerzskala liegt bei: \_\_\_\_\_



Seit wann haben Sie die Schmerzen?

\_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis?

\_\_\_\_\_

Wie oft haben Sie die Schmerzen?

- immer  mehrmals am Tag  alle paar Tage  wöchentlich  
 seltener

Wie ist das Schmerzempfinden?

- ziehend  brennend  stechend  klopfend  drückend  
 krabbelnd  reißend  kolikartig  krampfend  dumpf  
 beengend  bohrend

Welche Ereignisse verschlimmern?

- Körperliche Belastung  längeres Stehen  Sitzen  Gehen  
 Stress  Kälte  Wärme  Nahrungsmittel  Husten  
 Niesen  Tageszeit \_\_\_\_\_  Wetterlage  Monatsblutung  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Ereignisse verbessern?

- Ruhe  Schlaf  Bewegung  Sport  Kälte  Wärme  
 Schmerzmittel  Urlaub

Andere Symptome zum Schmerz

- Hautrötung  Blässe  Schwellung  Berührungs-  
Empfindlichkeit  Schweißbildung  Seh- oder Hörstörungen  
 Gangunsicherheit  Muskelschwäche  Müdigkeit  
 Schwindel  Bewegungseinschränkung

Schmerzbehandlung bisher, wie ?

\_\_\_\_\_



## Behandlungsvertrag/Einverständniserklärung

Ich möchte mich als Privatpatient in der Naturheilpraxis von Cynthia Wolf behandeln lassen.

Über die anfallenden Kosten der Behandlung, der eingesetzten Medikamente sowie diagnostischen Verfahren bin ich detailliert aufgeklärt worden.

Bei diesen Kosten besteht von Seiten der *gesetzlichen* Krankenkassen leider noch keine Kostenerstattungspflicht.

Sie erhalten von mir eine Abrechnung gemäß der gesetzlichen Gebührenordnung für Heilpraktiker. Diese können sie bei ihrer Versicherung einreichen. Eine Kostenübernahme ist individuell möglich.

Ich lege größten Wert auf Sorgfalt, Qualität und ruhiges Arbeiten ohne ständigen Zeitdruck. Planen sie deshalb für die Behandlung ca. 45 Minuten - 1 Stunde ein.

Sollten sie einmal zu einem Termin verhindert sein, sagen sie bitte diesen spätestens am Mittag des vorherigen Tages ab, damit wir unsere Terminplanung umgestalten können. Ansonsten muss ich ihnen leider den Betrag ihrer Behandlung für diesen Tag in Rechnung stellen.

Bitte bringen sie zum 1. Termin bereits alle Unterlagen, wie bisherige Untersuchungsergebnisse, Laborwerte, Arztbriefe usw. mit.

Aus Gründen der Umweltfreundlichkeit und zu ihrer Bequemlichkeit dürfen sie sehr gerne zu den Behandlungen ein Badetuch als Liegenunterlage mitbringen. Auch eigene Lieblingsmusik kann verwendet werden.

Ich hoffe und wünsche, dass Sie sich in meiner Praxis wohl fühlen werden und bin jeder Zeit für Fragen, Anregungen und Wünsche offen.

Ihre Cynthia Wolf

---

Datum

Unterschrift des Patienten zur Bestätigung der korrekten Angaben  
im Anamnesebogen, sowie die Kenntnisnahme des Behandlungsvertrages