

Name	Geb. Datum
Vorname	Tel. Privat
Strasse	Tel. Geschäft
PLZ Ort	Mobile
	e-mail

Zusatzversicherung für Komplementärmedizin	
<input type="checkbox"/> abgeschlossen bei	Falls mit Ausschlüssen, mit welchen
<input type="checkbox"/> keine vorhanden	

Gelernter Beruf	
Aktueller Beruf	Anstellung / selbständig
	Anstellung in %

Bemerkungen

Familie / Lebensituation	
Partnerin / Partner	Beruf
Kinder	

Bemerkungen

Bewegungsgewohnheiten / Sport

Konsumgewohnheiten wie Rauchen / Alkohol / Betäubungsmittel / Zucker / ...

Krankheiten

Allergien

Unfälle / Stürze (Jahr)

Operationen (Jahr)

Medikamente

Nahrungsergänzungen

Sind organische Beschwerden vorhanden

Sind Beschwerden im Bewegungsapparat vorhanden

Sind vegetative Beschwerden vorhanden

Sind Sie in ärztlicher Behandlung

Sind Sie in anderen Therapien

Bemerkungen

Was ist der Grund, dass Sie sich bei mir angemeldet haben

Was möchten Sie erreichen, was sind Ihre Erwartungen