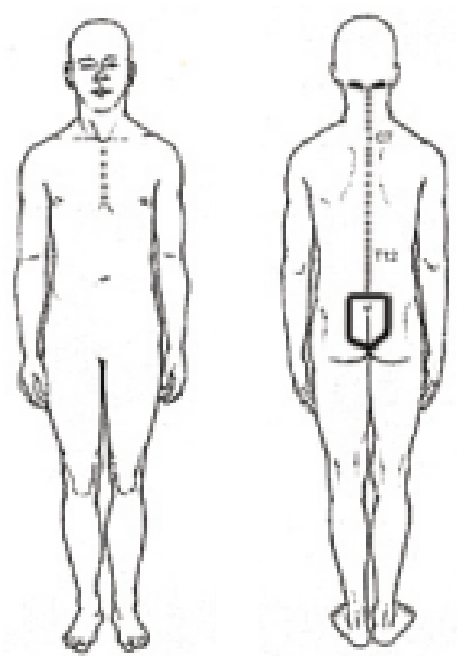


ANAMNESE - ERWACHSENE

Nachname	Vorname
Geburtsdatum	Gesetzlicher Vertreter (falls unter 18)
Straße, Hausnummer	E-Mail
PLZ, Ort	Telefon

Wo tut es weh? (Kann auch aufs Mankale gezeichnet werden)	
Unfälle, Operationen und chirurgische Eingriffe	

Medizinische Diagnose(n)

Die von mir zur Verfügung gestellten Daten entsprechen der Wahrheit und wurden von mir nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich akzeptiere die Stornierungsregeln. Ich bin mit der manuellen Behandlung einverstanden. STORNIERUNGSREGELN: Ich kann meine Behandlung online, telefonisch, per E-Mail oder persönlich bis zu 24 Stunden vor dem Termin stornieren. Bei einer Stornierungsbenachrichtigung innerhalb von 24 Stunden können 50% des Betrages fällig werden. Versäumte Termine ohne jegliche Benachrichtigung werden für den vollen Betrag in Rechnung gestellt. Außerordentliche oder unvorhersehbare Umstände werden berücksichtigt und sind von dieser Regel ausgenommen.

Unterschrift	Datum
--------------	-------