



3108

ThaepThida -

Medizinische Traditionelle
Thai-Massagepraxis



Thai Heilkunde
Resetting Energybody
and Energy-Balance-System

Kundenfragebogen

Die Nachfolgenden Fragen sind teilweise rechtlich vorgeschrieben. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt!

1. Vorname: Name: Geburtsdatum:
(erforderlich) (erforderlich) (erforderlich)

2. Telefon: Email:

Straße: PLZ: Ort:

3. Unter welchen der unten stehenden Symptome bzw. Krankheiten leiden Sie?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krebs bzw. Tumor (Gefahr der Streuung) | <input type="checkbox"/> Innerlichen Verletzungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenleiden | <input type="checkbox"/> Offene Wunden |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Koronaren Erkrankungen (Bypass, Herzinsuffizienz) |
| <input type="checkbox"/> Unfallverletzung innerhalb der letzten 48 Stunden | <input type="checkbox"/> Bauch und Unterleibsoperationen innerhalb der letzten 2 Jahre |
| <input type="checkbox"/> Entzündliche Prozesse und Fieberhafte Erkrankungen | <input type="checkbox"/> akute Verletzungen / Krankheiten des Bewegungsapparates (Knochenbrüche, Bandscheibenvorfall, Osteoporose) |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Menstruation | |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern / Hämatome | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> Keine der oben aufgeführten Symptome bzw. Krankheiten treffen auf mich zu. | |

4. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

(Dies ist eine freiwillige Angabe, die allerdings zur Abklärung Ihrer Beschwerden hilfreich sein kann)

.....

5. Ich habe folgende Krankheiten bzw. Beschwerden:

(Dies ist eine freiwillige Angabe, die allerdings zur Abklärung Ihrer Beschwerden hilfreich sein kann)

.....

Vielen Dank

Für Ihr Vertrauen!

Datum:

Unterschrift:

.....