



- YieSip -

-20-
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:
(erforderlich)

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 | |

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:

.....