

Anamnézis Lap

Név:

Születési dátum:

Cím (a számlázáshoz kell):

E-mail (a számlázáshoz kell):

Probléma:

Volt-e már orvosnál a problémával?

Mi volt a diagnózis?

Kezelések és szedett gyógyszerek az adott problémával kapcsolatban? Áll-e rendszeres kezelés alatt jelenleg?

Egyéb rendszeresen szedett gyógyszerek, táplálékkiegészítők, vitaminok?

Igen/ nem:

Magas vérnyomás?

Van-e májbetegsége?

Visszér?

Csontritkulás?

Cukorbetegség?

Gombás betegség?

Bőrgyulladás?

Nyílt seb?

Korpásodás?

Seborrhea?

Pikkelysömör?

Ekcéma?

Nyirok keringési problémák?

Allergia? Mire?

Egyéb betegségek?

Volt-e már természetgyógyásznál, energetikai kezeléseken, ha igen hol, és milyen eredménnyel zárult?

Állt-e valaha pszichiátriai kezelés alatt?

Jár-e jelenleg pszichológushoz?

Függőségek?

Ha fertőző betegsége van, kérem jelezze! Fertőző betegség után egy hét tünetmentességgel tudunk időpontot adni!

Mozgás vagy látássérült -e?

Van-e pacemakere?

Felnőtt női kliens esetében! Jelenleg várandós-e?

Van-e nőgyógyászati betegsége?

Diagnosztizáltak e önnél Endometriózist, PCOS-t, miómát?

Hozzájárulok és tudomásul veszem, hogy az anamnézis lapon megadott adataimat a:
<https://www.gacsine-szabo-monika.hu/> weboldalon feltüntetett, és a mindenkor hatályos jogszabályoknak megfelelően, pusztán pusztán az állapotjavító folyamatok / a kontraindikációk és a tanácsadás szempontjából használja és tárolja az Auróra Holistic. Igen Nem

Kelt.:.....

Aláírás:.....