

Herzlich willkommen im

Klienten-Fragebogen

Persönliche Angaben

Name	Vorname
Geb.-Name	Geburtsdatum
Straße	PLZ / Wohnort
Telefon	E-Mail
Beruf	

Problemschilderung

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nehmen Sie Medikamente?

.....

Impfungen

.....

Operationen

.....

Mikrowelle, regelmäßige Nutzung

.....

Röntgen / CT / MRT

.....

Trinkmenge Wasser / Tag

.....

Schlafen h / Tag

.....

Dauerhafte Strahlenbelastung durch Funktelefon / Computer / WLAN-Verstärkung?

.....