

Name: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Bitte geben Sie dieses Formular ausgefüllt bei dem Referenten ab.**

Einer unserer Spezialisten wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen und Ihnen unverbindlich einen Lösungsvorschlag zur Verbesserung Ihrer Vitalität / Lebensqualität erarbeiten und diesen vorstellen.

x	Meine Probleme:	x	(bitte ankreuzen)	x	
	Diabetes ( ) Typ1 ( ) Typ2		Immunschwäche		Kopfschmerz
	Verspannungen		Infekte		Migräne
	Muskelkrämpfe		Heuschnupfen		Parkinson
	Zahnfleischbluten		Rheuma		Demenz / Alzheimer
	Parodontitis		Gicht		Konzentrationsschwäche
	Karies		Schlafstörungen		ADS / ADHS
	Restless Legs		Asthma (allergisch)		Unwohlsein
	Bindegewebsschwäche		Asthma (Belastung)		Gereiztheit
	Haarausfall		Allergien		Ängste
	Sodbrennen		Fruktoseintoleranz		Depressionen
	Hautprobleme		Laktoseintoleranz		Abgeschlagen / Müde
	Neurodermitis		Sonstige Allergien:		
	Schuppenflechte				
	Ekzeme		Bluthochdruck		Wert vor Medikation:
	Pilze (äußerlich)		Cholesterin (erhöht)		Wert vor Medikation:
	Pilze (innerlich)		Herz-Kreislauf-Pr.		Übergewicht
	Rosazea		Arteriosklerose		Gürtelrose / Herpes
	Gelenkschmerzen		Herzrhythmusst.		Borreliose
	Arthrose		Niedriger Blutdruck		Wechseljahresbeschw.
	Fibromyalgie		Krampfadern		Magen-/Darmprobleme
	Osteoporose		Besenreißer		Magengeschwür
	Bandscheibenvorfall		Unruhezustände		Krebs /

**Meine Medikamente**

Alle meine Angaben dienen ausschließlich zur Entwicklung eines individuellen Lösungsvorschlages und werden absolut vertraulich behandelt. Es erfolgt keine Weitergabe an unbefugte Dritte. Ich bitte darum, mir unverbindlich und kostenlos einen Lösungsvorschlag für mehr Vitalität und Lebensqualität zu unterbreiten.

Datum / Unterschrift : \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_ PNR: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

Vermerke		Col-D		O3	
PB		Col-C		MSM	
LE		Col-P		Cys	
SIV		EMER		REI	
FR		AV-C		Phyto	
P12		AV-P		LROX	

Vermerke	