



REITENBERGER
SPA MEDICAL

MEDIZINISCHES EINVERSTÄNDNISFORMULAR

Vorname:	Geschlecht:
Nachname:	Email:
Alter:	Telefonnummer:

Kreuzen Sie die Symptome an, die Sie derzeit erleben:

Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>
Atembeschwerden	<input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Probleme	<input type="checkbox"/>
Hämatologisch-Lymphatisch	<input type="checkbox"/>
Neurologisch	<input type="checkbox"/>
Psychisch	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Trakt	<input type="checkbox"/>
Urogenital-Trakt	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverlust	<input type="checkbox"/>
Muskuloskelettal	<input type="checkbox"/>
Akute Infektion	<input type="checkbox"/>
Kürzliche Blutung	<input type="checkbox"/>

Chemotherapie	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>
HIV/Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
Kürzliche Operation	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>
Nervensystemstörung	<input type="checkbox"/>
Systemisches Problem	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? JA - NEIN

Falls ja, welche:

Haben Sie Allergien gegen Medikamente? JA - NEIN - NICHT SICHER

Falls ja, welche:

Rauchen Sie oder haben Sie jemals Tabakprodukte verwendet? JA - NEIN

Wie oft konsumieren Sie Alkohol? Täglich - Wöchentlich - Monatlich - Gelegentlich - Nie

Alle Angaben, die ich gemacht habe, sind wahrheitsgemäß und vollständig, und ich habe keine Informationen über meine Gesundheit verschwiegen. Ich werde meinen Gesundheitszustand in Zukunft schriftlich mitteilen, falls sich Änderungen ergeben. Mein Ayurveda-Berater/Therapeut hat mir die Wirkungen und Vorteile der Ayurveda-Therapien sowie möglicher Begleit- oder Schönheitstherapien erklärt, einschließlich möglicher Effekte wie Rötungen, Schmerzen, Blutergüsse, leichte Reaktionen und andere Kontraindikationen. Ich erkenne an, dass meine Teilnahme freiwillig ist, und bin bereit, die Behandlungen/Medikationen fortzusetzen. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und diese wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich verstehe die Behandlungsbedingungen und das Verfahren vollständig.

Unterschrift: