**Patientendaten**

Name Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Wie sollen wir den/die Patient\*in kontaktieren?

[ ]  E-Mail

[ ]  Telefon

Zusatzversicherung für Komplementäre Medizin

[ ]  Ja

[ ]  Nein

## **Überweisungsgrund / Fragestellung**

## **Diagnose**

**Therapie (Optional, Mehrfachauswahl möglich)**

**Ärztliche Leistungen**

[ ]  Ayurvedische Sprechstunde

[ ]  Integrative Sprechstunde

[ ]  Menopause Sprechstunde

**Therapeutische Leistungen**

[ ]  Atemtherapie

[ ]  Ayurvedische Ernährungsberatung

[ ]  Ayurvedische Massage

[ ]  Ayurvedische Beratung

[ ]  Shiatsu

[ ]  Physiotherapie

[ ]  Manuelle Lymphdrainage

[ ]  Myoreflextherapie

[ ]  Fusszonenreflextherapie

[ ]  Phytotherapie

**Zusatzleistungen**

[ ]  Klassische Ernährungsberatung

[ ]  Mikronährstoffanalyse, Mikrobiomanalyse