

Anamnese / Polarity

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Familienstand: _____

Beruf: _____ Derzeitige Berufssituation: _____

Hobbys: _____

Vorerkrankungen: _____

Operationen: _____

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche? _____

Schildern Sie bitte Ihre derzeitigen Beschwerden.

Verstärken/Verbessern sich die Beschwerden in bestimmten Situationen? Wenn ja, in welchen?

Was wünschen Sie sich oder erwarten Sie von einer Polarity Behandlung?