

TAICHI THERAPY FORMULAR

PERSONALIEN DES KLIENTEN

DATOS PERSONALES DEL CLIENTE

Name: *Vorname:*
Apellido *Nombre*

Geburtsdatum: *ID- oder Personalausweisnr.:*
Fecha de nacimiento *Número documento de identidad*

Adresse / PLZ / Ort:
Dirección / Código postal / Ciudad

Telefonnummer: *E-Mail-Adresse:*
Número de teléfono *e-Mail*

DAUER DER THERAPIE *Datum* *von* *bis*
DURACIÓN DE LA TERAPIA *fecha* *desde* *hace*

WICHTIGE FRAGEN

PREGUNTAS IMPORTANTES

Leidet der Patient unter einer Krankheit?
Sufre el paciente de una enfermedad?

Leidet der Patient unter Schmerzen?
Sufre el paciente de dolores?

Hat der Patient irgendwelche Allergien?
Tiene el paciente algún tipo de alergia?

Hatte der Patient irgendeine Operation oder einen chirurgischen Eingriff?
Tenía el paciente alguna operación o intervención quirúrgica?

Nimmt der Patient Medikamente?
Toma el paciente algunos medicamentos?

BEOBSACHTUNGEN

OBSERVACIONES

Ort / Datum

*Unterschrift Taichi Therapy**

Ort / Datum

Unterschrift Patient

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben stimmen.
Confirmo que los datos indicados son correctos.

***Mit der Unterschrift versichert die Taichi Therapy, die Daten des Patienten vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Taichi Therapy declara que los datos serán tratado de manera confidencial y no serán dados a terceros.**