

GesundheitsStudio Süess

Anmeldung für eine Deltascan-Messung

Bitte ALLES in Blockschrift ausfüllen!

Vorname, Name _____

Strasse, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____ Zivilstand _____

Telefon priv. _____ Mobil _____

Wie sind Sie erreichbar? WhatsApp Telegram Signal Bitte unterstreichen

Beruf _____ Email _____

Empfehlung von _____

Was essen Sie nicht oder dürfen Sie aus medizinischen Gründen nicht essen? Liste?

_____ |

Ihre gesundheitlichen Beschwerden / Grund der Untersuchung

Allergien? _____

Operationen? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmässig ein? _____

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmässig ein? _____

Sind Sie gegen Covid geimpft? Nein 1 Mal 2 Mal + Booster Bitte ankreuzen!

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass eine Deltascan-Messung einen Arztbesuch nicht ersetzen kann. Sie geben uns die Einwilligung für diese Untersuchung und bestätigen, dass keine Heilversprechen gemacht worden sind.

Datum _____ Unterschrift _____