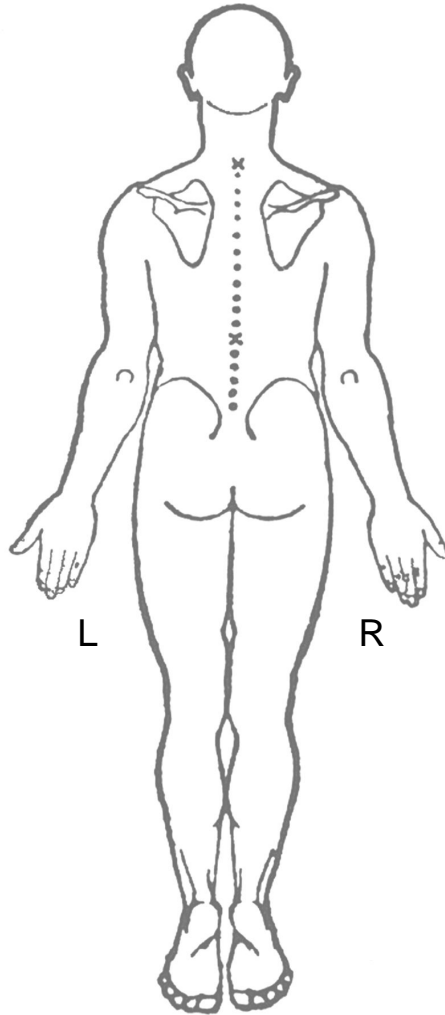
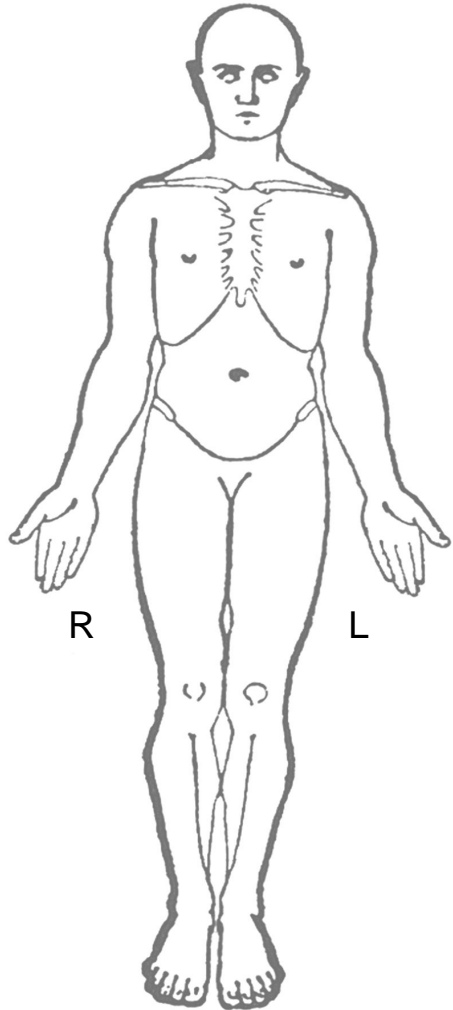


Rechts (R)



Links (L)



Name:	Telefonnummer(n):
Heutiges Datum:	Krankheiten:
Medikamente:	Schlaflage(n):
Beruf/ Ausbildung:	Hobbies:

Beschwerden	①	②	③
1) Was?			
2) Seit wann?			
3) Wie stark?			
4) Mehr durch:			
5) Besser mit:			

Beschwerden	④	⑤	⑥
1) Was?			
2) Seit wann?			
3) Wie stark?			
4) Mehr durch:			
5) Besser mit:			