

Punito M. Aisenpreis Untermarkt 16 82418 Murnau

ANMELDUNG zur 24 Std. HRV Analyse

Punito Michael
Aisenpreis
Somatische Integration

Untermarkt 16
D-82418 Murnau
088 41-488 885
Fax: 088 41-488 889
Mobil: 0700aisenpreis
aisenpreis@somatic.de
www.somatic-integration.de
Stadtsparkasse München
BLZ 701 500 00
Konto 108-158-171

Diese Angaben werden vertraulich behandelt!

Name..... Vorname.....

Adresse Straße/ PLZ /Ort.....

Tel. Mobil: email:

Größe..... Gewicht..... Geb. Datum Beruf:

Zahlungsmodus: (Privatrechnung, welche Privatkasse, bar)

Haben Sie körperliche Beschwerden/wo?.....

Welche Krankheiten/Operationen/Unfälle haben/hatten Sie?.....
.....

Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten?.....

Haben sie sich in den vergangenen 2 Wochen ängstlich, nervös oder gereizt gefühlt? Konnten sie ihre Sorgen oft nicht kontrollieren?

Haben Sie stressbedingte Störungen:

Wie war Ihr Blutdruck bei der letzten Messung?mm/Hg

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen d. Kopfes | <input type="checkbox"/> grüner Star / AugenOP |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Hoher/niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Schleudertrauma | <input type="checkbox"/> HWS/ Schulter-Arm-Syndrom | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Psychosen/Depressionen | <input type="checkbox"/> Tumoren/Herzinfarkt |

Nehmen oder nahmen Sie folgende Medikamente:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antikoagulantien (Antigerinnungsmittel) | <input type="checkbox"/> Rheumamittel | <input type="checkbox"/> Psychopharmaka |
| <input type="checkbox"/> Alkohol/Bewußtseinsverändernde Drogen | <input type="checkbox"/> Blutdruckmittel | <input type="checkbox"/> Cortison |

Bei Frauen: Nehmen Sie die Pille/wielange?..... Sind Sie schwanger?.....

Hiermit erteile ich Herrn Aisenpreis den Auftrag, mittels einer 24 Std. EKG Messung und Analyse eine 24 Std. Auswertung der Herzratenvariabilität zum Honorar von € 149.- durchzuführen.

Ich habe das EKG Gerät in einwandfreiem Zustand erhalten und bin darüber aufgeklärt worden, dass es nicht nass werden darf, da es dadurch zerstört werden würde.

Ort, Datum..... (Unterschrift).....

Gerichtsstand München, Bankverbindung: Stadtsparkasse München Kto.Nr: 108-158 171 BLZ: 701 50 000