

Naturheilkundlicher Fragebogen

Patientenname:

Leiden Sie unter folgenden Beschwerden?	Ja	Nein
Blähungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Häufiger Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verstopfungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekzeme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hauterkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pilzerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulterbeschwerden einseitig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schulterbeschwerden beidseitig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungleiche Beinlänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüftbeschwerden einseitig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüftbeschwerden beidseitig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kniebeschwerden einseitig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kniebeschwerden beidseitig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit/Erschöpfung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>