



## Johann Ferdinando Walker

Universitätsmaster in Homöopathie (Univ. Sevilla/E)

### Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren • Homöopathie • Chirotherapie • Akupunktur • Sportmedizin • Umweltmedizin

Schwerpunkte: Regulationsthermographie, Ozontherapie, Colonhydrotherapie

-Hausärztliche Versorgung-

Spitalgasse 20, 71083 Herrenberg, Tel: (07032) 6688 Fax: (07032) 22313 Email: [arzt6688@aol.com](mailto:arzt6688@aol.com)

---

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir begrüßen Sie herzlich in unserer Praxis und danken Ihnen für das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen.

Die Erhaltung und Förderung Ihrer Gesundheit ist unser Ziel – helfen Sie uns dabei, indem Sie die folgenden Fragen beantworten:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden haben Sie?

\_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen liegen vor?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, welche OPs und wann?

\_\_\_\_\_

—

☐ Ich rauche ☐ Ich rauche nicht

Erziehungsberechtigte/r, bei Kindern:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift:

\_\_\_\_\_

Ein paar Angaben benötigen wir von Ihnen noch:

Gewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Mit einer schriftlichen Erinnerung an notwendige Untersuchungen bin ich einverstanden.

☐ Ja ☐ Nein

Herrenberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_