



AsproVita - STYLEYOURBODY



AsproVita GmbH
Oberer Wasen 18-20
73630 Remshalden

STYLEYOURBODY-GESUNDHEITS-CHECK

Teilnehmer: Herr Frau

— Name: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Geb.-Datum: _____
Telefon: _____
Mobil: _____
E-Mail: _____

Partner-Assistent/in

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____

Vermittler/in

Name: _____
Vorname: _____
Beraternummer: _____

— **Damit wir Sie optimal auf die Kur vorbereiten können,
beantworten Sie uns bitte folgende Fragen wahrheitsgemäß:**

Leiden Sie an einer Laktoseintoleranz? ja nein
Leiden Sie an einer Allergie gegenüber Kuhmilch? ja nein
Leiden Sie an einer Allergie gegenüber Eiweiß? ja nein

Bitte teilen Sie uns nachfolgend mit, welche Medikamente Sie einnehmen:

— _____

Bitte teilen Sie uns nachfolgend mit, welche Operationen bei Ihnen durchgeführt wurden:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mich in einem gesunden Zustand befinde und keinerlei Beschwerden oder Mangelerscheinungen habe.