

ŽÁDANKA O KONZULTACI BYLINNÉ PÉČE
(doprovodná – komplementární forma péče)

Příjmení, jméno, tituly pacienta:	
Datum narození:	
Zdravotní pojišťovna:	
Bydliště:	
Lékař, který žádanku vystavil (jméno, IČ):	

Tato žádanka je určena pro Herbal Clinic za účelem přípravy individuální bylinné směsi jako doprovodné péče. Nejedná se o nahrazení léčby, ale o doplněk na základě odborného posouzení pacienta.

Diagnóza / stav:
Relevantní anamnéza / informace:
Současná farmakoterapie (lze přiložit i výpis):
Alergie / upozornění:
Poznámka k zamýšlenému přínosu bylinné péče: (např. podpora imunity, trávení, kůže, psychické odolnosti, stavu kůže apod.)

Herbal Clinic:

Na základě výše uvedených informací vytvoří individuální bylinnou kúru a provede výstupní vyhodnocení ve spolupráci s pacientem a lékařem.

Datum vystavení:

Podpis a razítko lékaře:

--

Herbal Clinic, Beastties s.r.o., provozovna Opavská 967/95, Ostrava – Poruba

(pod Fakultní nemocnicí – TRAM zastávka VŠB). **Tel pro pacienty: 777 929 777.** www.herbalclinic.cz,
info@herbalclinic.cz (Poznámka: verze light_____/ premium_____)