

Auftrag zu einer Cluster-Analyse

Angaben zum Patienten:

Vorname / Name:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Land:

Geschlecht: Geb.Datum:

Zusätzl. Patientendaten für: Kind Tier

Name des Erz.-Ber.:

Vorname: Geb.Datum:

(Praxisstempel)

ID: _____

Auftrag wird angelegt

über Labor über Therapeut

▶ Art der Analyse (bitte ankreuzen)	▶ Verarbeitung	▶ Informationsquelle
<input type="checkbox"/> Aspekte	<input type="checkbox"/> Basis 1	<input type="checkbox"/> integral
	<input type="checkbox"/> Basis 2	<input type="checkbox"/> sequentiell
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Substanzprobe:
		<input type="checkbox"/> Graphenwahl
		<input type="checkbox"/> Zeichnung <input type="checkbox"/> andere:

Cluster-Felder: _____

FG:	_____	_____	_____	_____
Frage 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erklärung des Therapeuten:
 Der Kunde ist von mir über das Verfahren der Clusteranalytik informiert worden.
 Diese Anforderung ist ein Auftrag im Sinne des BGB.

 Auftragsdatum, Ort:

 Unterschrift des Kunden / Erz.-Ber.

 Unterschrift des Therapeuten:

Bitte an das Meta-Cluster Labor schicken, E-Mail: auftrag@meta-cluster.de, Fax +49/7474- 9177621