

HEINE Bodymap

Aufzeichnungsdatum: _____

Name des Patienten: _____

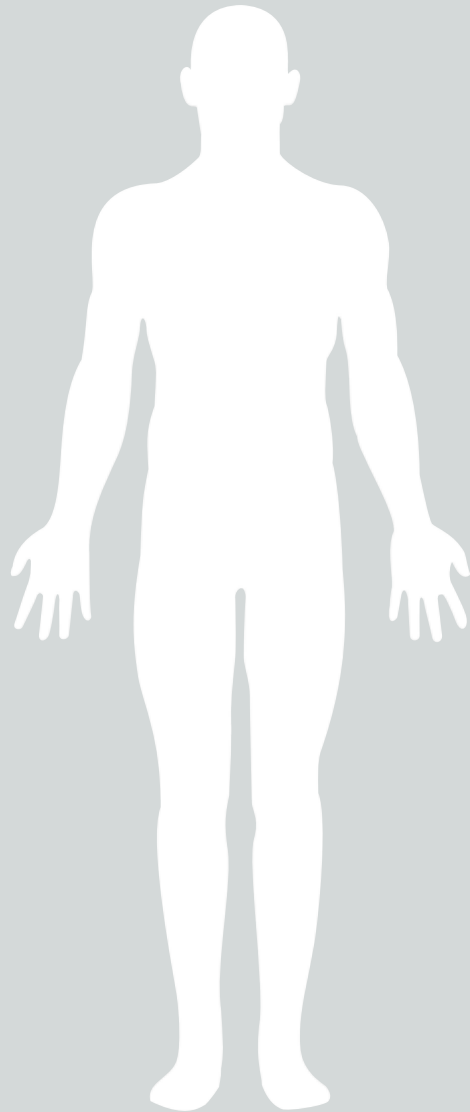
Geburtsdatum: _____

Patienten ID: _____

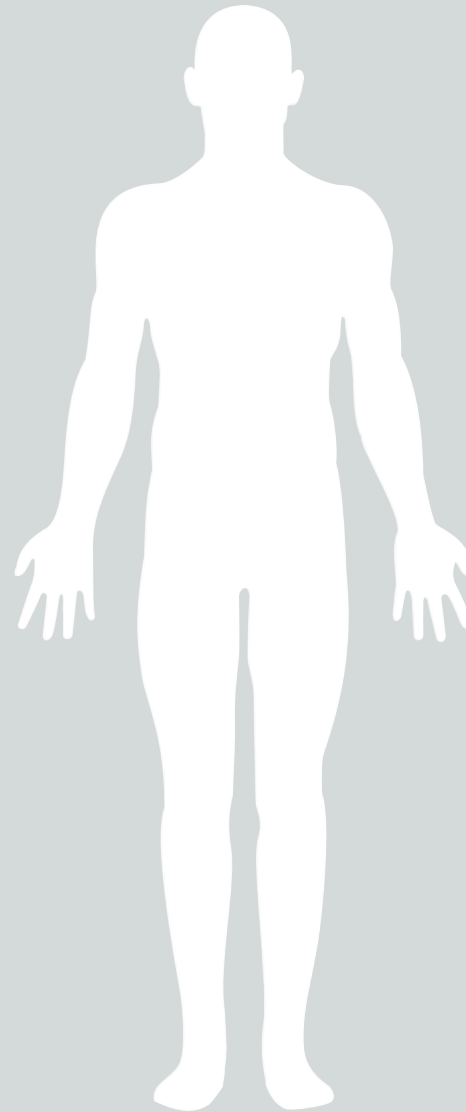
Geschlecht: männlich weiblich

Unterschrift: _____

Beobachtung: _____



vorne



hinten

