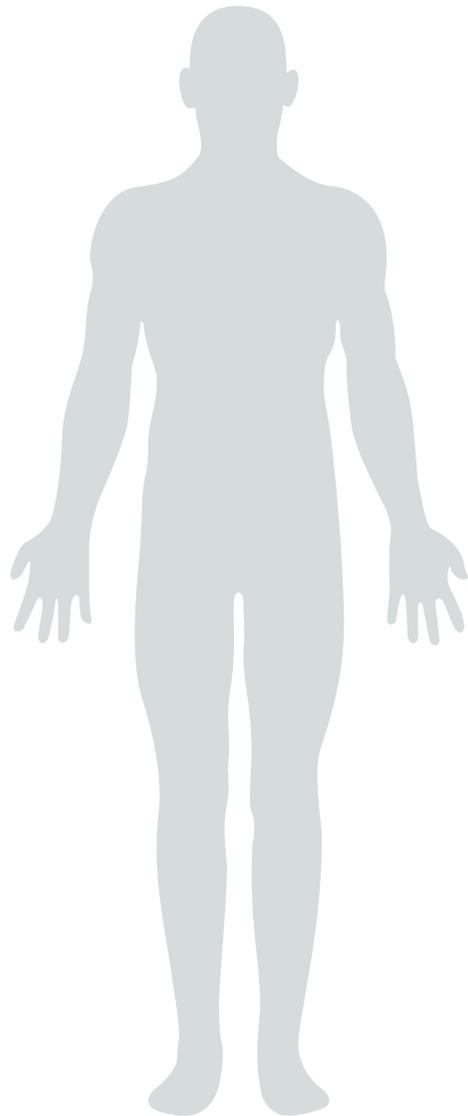
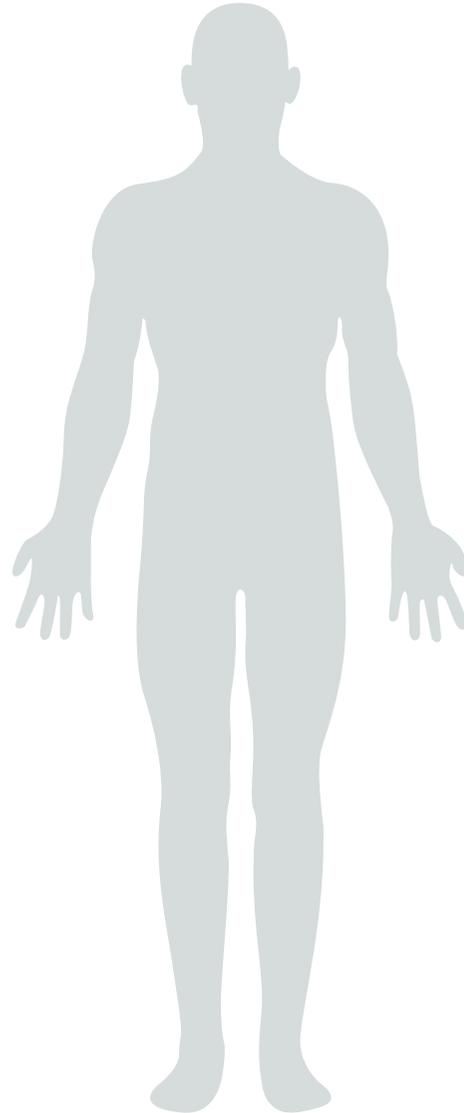


HEINE Bodymap



front



back

Aufzeichnungsdatum: _____

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Patienten ID: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Unterschrift: _____

Beobachtung: _____

