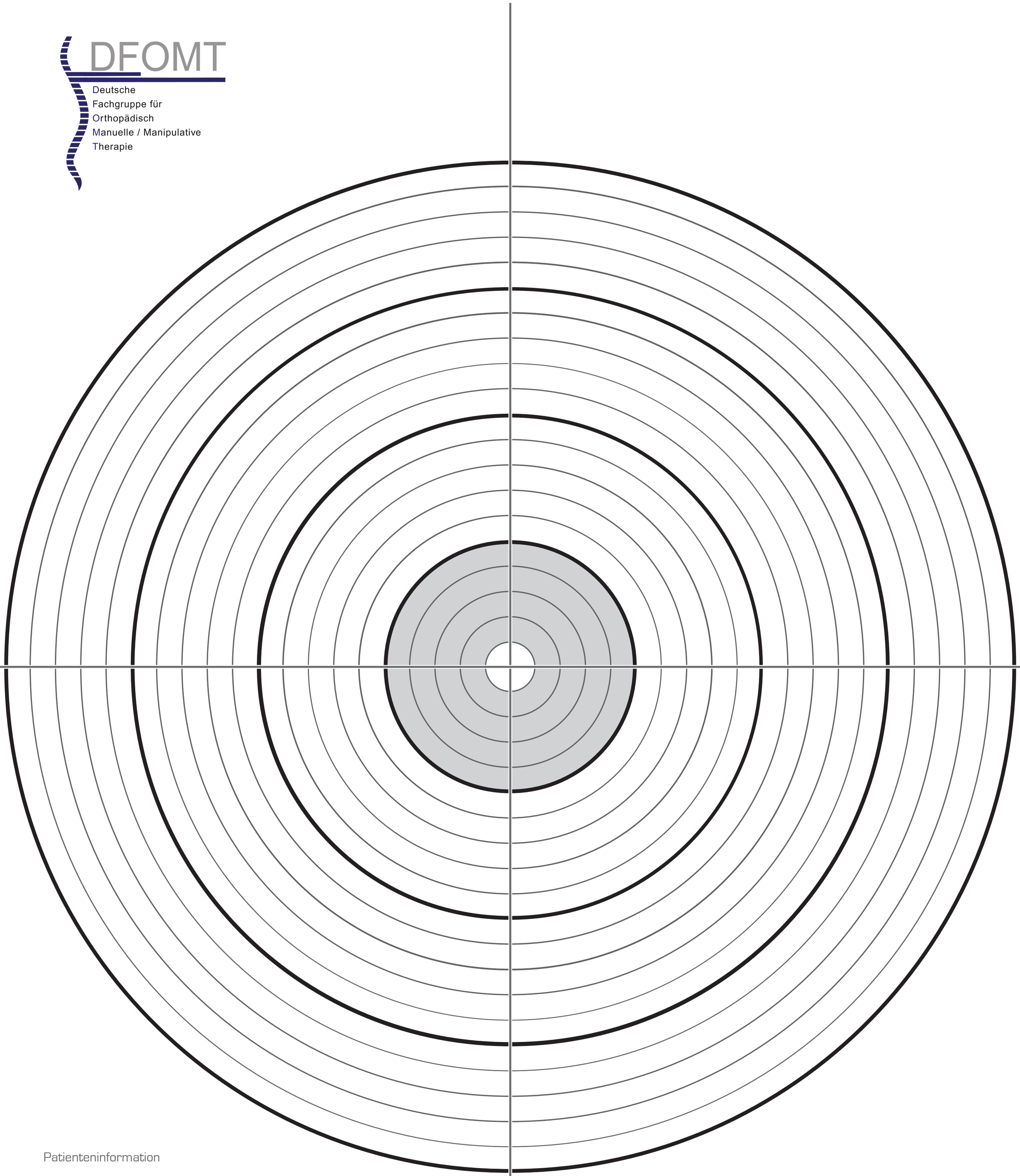
DFOMT

Deutsche
Fachgruppe für
Orthopädisch
Manuelle / Manipulative
Therapie



Patienteninformation

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

_____

_____

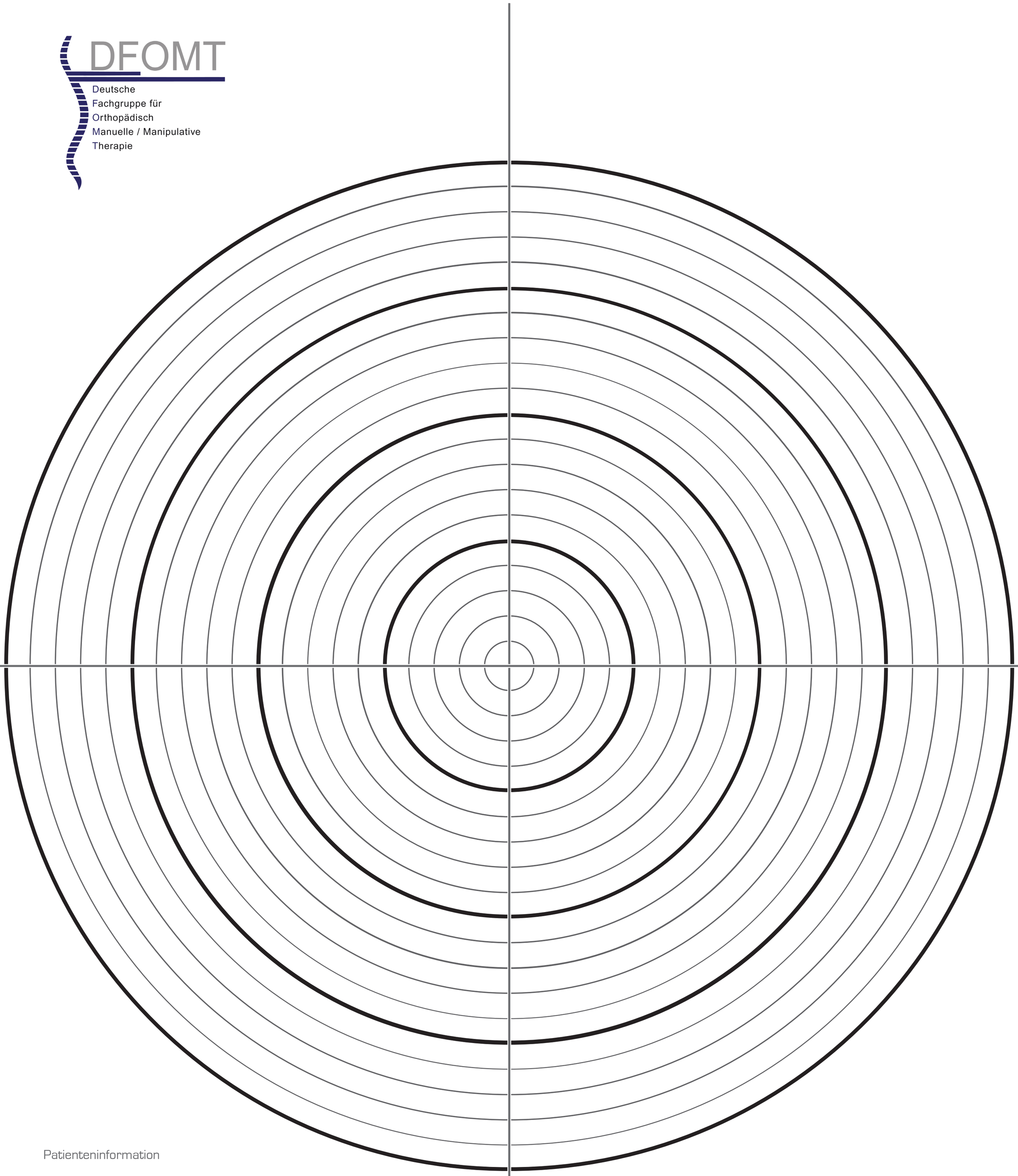
_____

Therapeut: _____

_____

DFOMT

Deutsche
Fachgruppe für
Orthopädisch
Manuelle / Manipulative
Therapie



Patienteninformation

Name: _____

Vorname: _____

Datum: _____

_____

_____

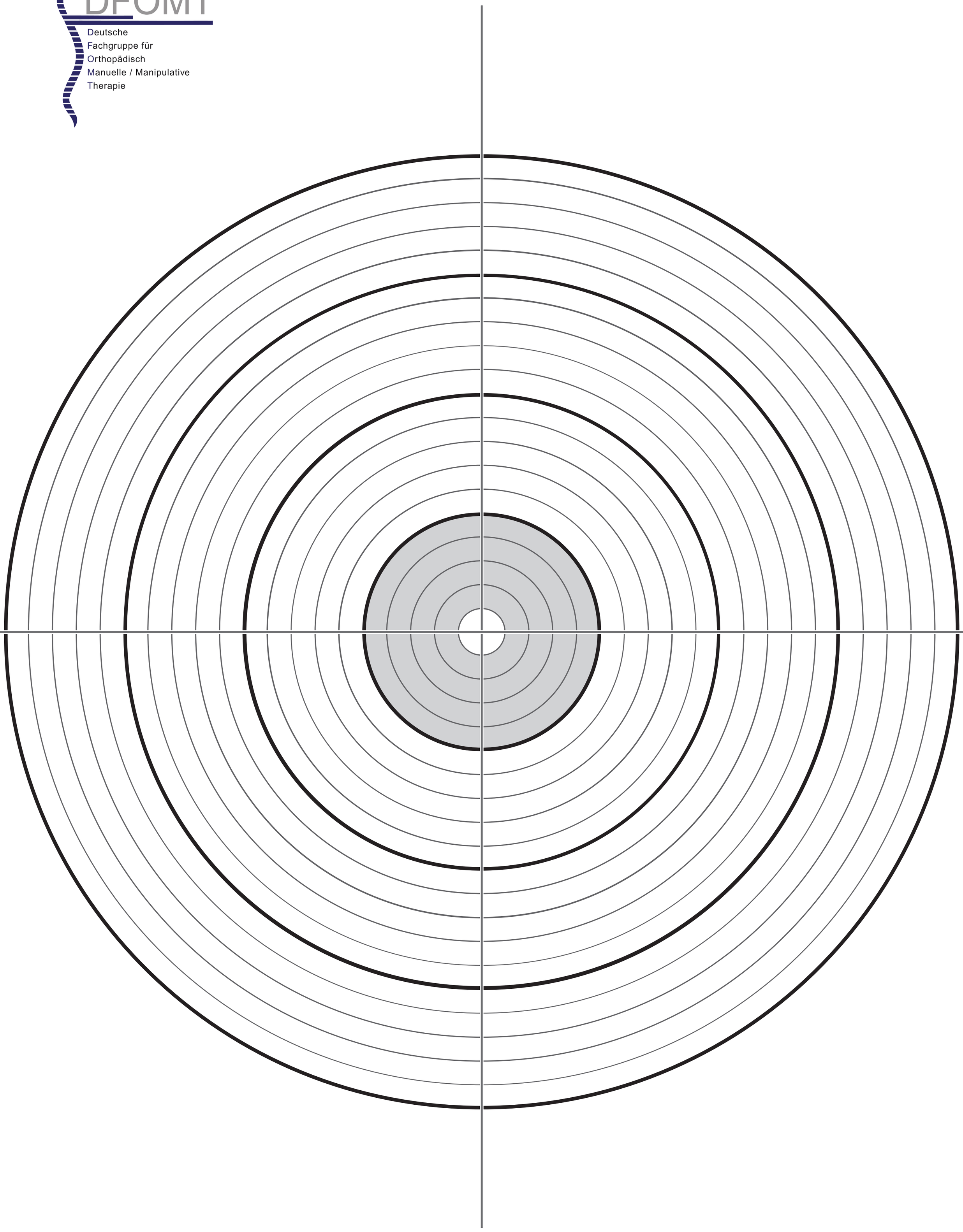
_____

Therapeut: _____

_____

DFOMT

Deutsche
Fachgruppe für
Orthopädisch
Manuelle / Manipulative
Therapie



DFOMT

Deutsche
Fachgruppe für
Orthopädisch
Manuelle / Manipulative
Therapie