



Praxis
für Homöopathie
und Ernährungsberatung
Sandra van der Lely

ROOTS TO HEAL

Frau
Sandra van der Lely
Praxis für Homöopathie und Ernährungsberatung
Riedhof 2
CH – 6404 Greppen

Fragebogen

Sehr geehrte(r) Patient(in)

Zunächst vielen Dank für Ihr Interesse an einer homöopathischen Behandlung.

Bitte füllen Sie den Fragebogen flüssig aus und beantworten Sie möglichst alle Fragen.
Den ausgefüllten Fragebogen können Sie mir gerne per E-Mail oder per Post zusenden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre

Sandra von der Lely

(bitte in Blockschrift ausfüllen und zurücksenden)

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Geb. Datum:

Telefonnummer P: G:

Telefax: E-Mail.....

Von wem wurden Sie empfohlen?

Die Empfehlungen nach der Anamnese und der Einsatz von homöopathischen Mitteln sowie die Bioresonanz-Therapie sind Möglichkeiten zur Erkennung Ihrer persönlichen Konstitution, Ihren mehr oder weniger verborgenen Schwachpunkten; sie sind Hilfsmittel, um Ihnen die richtige Hilfe geben zu können. Wir stellen laut Gesetzgebung **keine Diagnose** und sind nicht in der Lage Krankheiten zu heilen. Die von uns vorgeschlagenen Behandlungsarten zur Verbesserung Ihres Wohlbefindens ersetzen **in keinem Fall den Arzt!**

Auch sämtliche von uns vorgeschlagenen Naturheilmittel sind Empfehlungen, also keine Rezeptierungen. Es handelt sich um pflanzliche oder homöopathische bzw. energetische Substanzen, welche vollkommen unschädlich auf den menschlichen Organismus wirken, vorausgesetzt, sie werden genau nach Anweisung genommen.

Mit den herzlichsten Wünsche für Ihre Gesundheit verbleiben wir

*Ihre
Sandra van der Lely*

Hiermit bestätige ich, das oben Geschriebene zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: Unterschrift:

Bitte füllen Sie alle Rubriken sorgfältig aus!

Name, Vorname:

Datum:

1. Allgemeiner Gesundheitszustand:

2.

Symptome in Stichworten (Beschwerdebild):

3.

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, bei welchem Arzt (Internist, Urologe etc.)? Aus welchem Grund werden Sie dort behandelt?

4.

Vorgeschichte (falls bekannt), dazu zählen auch Ereignisse, die zur Belastung geführt haben und mit dem Beginn der Symptome in einem Zusammenhang stehen können:

5.

Operationen mit Jahresangabe (auch kosmetische Korrekturen etc.):

6. Evtl. Unfälle:

7. Diverse Narben:

8. Spezielle Belastungen im Kiefer- und Zahnbereich:

9. Haben Sie Amalgamfüllungen oder Gold, Brücken, Prothesen sowie Wurzel-Behandlungen im Kieferbereich? Wenn ja, wie viele? Sonstiges?

10. Traumata:

11. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

-
12. Pille, Spirale (Frau) oder z. B. seit Jahren nur dasselbe Deodorant, gespritzte Falten-Behandlung etc.:
-
13. Eventuelle Gewohnheiten (Kaffee, Zigaretten etc.), wie lange?:
-
14. Ernährung (nehmen Sie regelmässig Milchprodukte zu sich, und wenn ja, wie viel etwa pro Tag? Käse, Jogurt, Rahm, Quark, Milch etc.?)
-
15. Trinkgewohnheiten, wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag und wie viel davon ist reines Wasser?:
-
16. Schwerpunkt der Beschwerden, die ganz besonders wichtig für Sie sind und aus Ihrer Sicht behandlungswürdig erscheinen:

Konsultation mit
Terminvereinbarung:
Di, Do von 9.00-11.00 Uhr
Tel: (++41) 41-390 34 77
rosan-riedhof@bluewin.ch