

Datum:

Anmeldung

Diese Anmeldung schicken Sie aufgefüllt oder abfotografiert an anmeldung@bio-therapie.com. Auf der zweiten Seite können Sie nach der Behandlung meine Arbeit Einschätzen und Bewerten.

Stammdaten (ggf. zzgl. des gesetzl. Vertreters bzw. der Begleitperson):

Vorname¹: Nachname¹:
Alter: Beruf:
Strae¹: Postleitzahl¹:
Ort¹: Land:
Telefon¹: eMail¹:

¹) wird bei jeglichen Erhebungen außerhalb des therapeutischen Rahmens geschwärzt.

Die Vorgeschichte:

1. Beschwerde: (Diagnose) Seit wann?
 Mediziner Physiotherapeut Heilpraktiker Sonstige:
Wurde deswegen zuvor schon behandelt? Nein Ja, nämlich so:
Sind deswegen Medikamente genommen worden? Nein Ja, nämlich dies:
Was brachten diese Maßnahmen?

2. Beschwerde: (Diagnose) Seit wann?
 Mediziner Physiotherapeut Heilpraktiker Sonstige:
Wurde deswegen zuvor schon behandelt? Nein Ja, nämlich so:
Sind deswegen Medikamente genommen worden? Nein Ja, nämlich dies:
Was brachten diese Maßnahmen?

3. Beschwerde: (Diagnose) Seit wann?
 Mediziner Physiotherapeut Heilpraktiker Sonstige:
Wurde deswegen zuvor schon behandelt? Nein Ja, nämlich so:
Sind deswegen Medikamente genommen worden? Nein Ja, nämlich dies:
Was brachten diese Maßnahmen?

4. Beschwerde: (Diagnose) Seit wann?
 Mediziner Physiotherapeut Heilpraktiker Sonstige:
Wurde deswegen zuvor schon behandelt? Nein Ja, nämlich so:
Sind deswegen Medikamente genommen worden? Nein Ja, nämlich dies:
Was brachten diese Maßnahmen?

Ich habe die Anmeldung korrekt ausgefllt. Mir ist bewusst, dass der Bio-Therapeut über keinerlei medizinische Ausbildung verfügt. Keine Äußerung des Bio-Therapeuten ist als ein Anraten zu verstehen, das in Therapien Dritter eingreift. Klaren Geistes, aus freiem Willen und in eigener Verantwortung möchte ich an einer Behandlung durch die Methode „Bio-Therapie“ teilnehmen.

Unterschrift:

Datum:

Abmeldung

Vorname:

Nachname:

Behandlung und Ergebnisse.

Es fanden Heilsitzungen im Zeitraum von bis (Monat, Jahr) statt. Es wurde je an Tagen hintereinander für durchschnittlich je etwa Minuten behandelt.

Wie besserten sich die Symptome daraufhin?

B1: sind völlig verschwunden; haben deutlich ein wenig gar nicht nachgelassen.

B2: sind völlig verschwunden; haben deutlich ein wenig gar nicht nachgelassen.

B3: sind völlig verschwunden; haben deutlich ein wenig gar nicht nachgelassen.

B4: sind völlig verschwunden; haben deutlich ein wenig gar nicht nachgelassen.

Wie stand es um die Symptome nach der letzten Heilsitzung? (mit möglichst genauen Zeitangaben)

Beschwerde 1:

Beschwerde 2:

Beschwerde 3:

Beschwerde 4:

Bitte verwenden Sie ein zusätzliches Blatt, falls der Platz hier nicht ausreichen sollte.

Wie wirkte sich die Behandlung aus?

- Wurden Medikamente nach der Behandlung in ihrer Dosierung abgesetzt oder verringert? Es gab keine Änderung in der Dosierung.
- Kam es im Alltag während des Behandlungszeitraums zu einschneidenden Ereignissen/Veränderungen? (z.B. seelische Belastungen; freudiges Ereignis; Wohnungswechsel; berufliche o. private Veränderungen; Umstellung von Ernährungs- oder anderen Gewohnheiten u.a.) Nein Ja, nämlich:
- Wurde nach Abschluss der Behandlung der zuvor festgestellte Befund ärztlich untersucht? Ja, am mit dem Ergebnis: , das wie folgt erklärt wurde: Nein, weil:
- Wurde im Behandlungszeitraum zusätzlich bei anderen Therapeuten behandelt? Nein Ja, nämlich (Therapie):
- Sind im Behandlungszeitraum Medikamente eingenommen worden? Nein Ja, nämlich:
- Ergaben sich Rückfälle? Nein Ja, nämlich
- Auf das Befinden allgemein (0-10): ; auf sonstige gesundheitliche Probleme aus, nämlich (0-10):
 es lagen keine sonstigen vor.

Unterschrift: