



# ATLASPRAXIS®

Name (Surname): \_\_\_\_\_

Vorname (First name): \_\_\_\_\_

Geb.-Datum (Date of birth): \_\_\_\_\_

Straße/Nr. (Street/No.): \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort (Town and ZIP): \_\_\_\_\_

Telefon (Country): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Newsletter:  ja (yes)  nein (no)  
(www.atlaspraxis.de; www.jetztgesund.de; www.jetztgesundshop.de)

Beruf (Occupation): \_\_\_\_\_

Zurzeit bestehende Erkrankungen, auch nicht wirbelsäulenbedingte (Diseases):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unfälle mit körperlichen Folgen (Did you have any accidents):  nein (no)

Ja, welche (yes, what happened): \_\_\_\_\_

Wann (when): \_\_\_\_\_

Wirbelsäulenschäden (Do you have any spine problems):  nein (no)

Ja, welche (yes, which ones): \_\_\_\_\_

Leiden oder litten Sie unter Depressionen (Do you suffer a depression)?  nein (no)  ja (yes)

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft (Are you pregnant)?  nein (no)  ja (yes)

unbestimmt (unsure)

Hatten Sie bereits eine Atlasprofilax®-Anwendung (Did you have an Atlasprofilax®-practice before)?

nein (no)  ja (yes)

Ich bitte Gernot Flick / Anja Alijah Flick um Anwendung der Atlasprofilax®-Methode und bestätige, über die möglichen körperlichen Reaktionen (insbesondere Muskelverspannungen, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Veränderungen der Kiefergelenke und der Zahnstellung) während des Selbstheilungs-Prozesses informiert worden zu sein. Ich bin mit der Anwendung der Atlasprofilax®-Methode einverstanden. (I ask Gernot Flick / Anja Alijah Flick to do the Atlasprofilax®-practice. I am informed that body-reactions (e.g. headaches, toothaches, and others) may be caused by this.)

Die Atlasprofilax®-Methode ist kein Ersatz für eine ärztliche Behandlung oder Diagnostik. (The Atlasprofilax®-practice is no replacement for any medical treatment.)

Die Kosten betragen EUR 220,00 (für Kinder bis einschl. 15 Jahre EUR 160,00) und werden sofort fällig. Mir ist bekannt, dass die Krankenkassen die Kosten der Anwendung nicht erstatten. (The costs are EUR 220.00, children pay EUR 160.00. The costs are not covered by medical insurances.)

Datum/Unterschrift (Date/Sig.): \_\_\_\_\_