ATLASPRAXIS®

Name (Surname): _____

Vorname (First name): _____

Geb.-Datum (Date of birth): _____

Straße/Nr. (Street/No.): _____

PLZ/Wohnort (Town and ZIP): _____

Telefon (Phone): _____

Email: _____ Newsletter: ☐ ja (yes) ☐ nein (no)

Beruf (Occupation): _____

Zurzeit bestehende Erkrankungen, auch nicht wirbelsäulenbedingte (Medical complaints):

_____

_____

_____

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 260,00 (für Kinder bis einschl. 15 Jahre EUR 160,00) und werden sofort beim ersten Termin im vollen Umfang fällig. Mir ist bekannt, dass die Krankenkassen die Kosten der Anwendung nicht erstatten. (The costs are EUR 260.00, children pay EUR 160.00. The costs are due with the first appointment. The costs are not covered by medical insurances.)

Ich stimme den Datenschutzvereinbarungen und dem Rechnungsversand per Email zu. (I agree to the privacy agreements and to sending the invoice by email.)

_____
Datum/Unterschrift (Date/Sig.)

Intern C1 _____ ☐L ☐R C2 ☐L ☐R C3 ☐L ☐R C4 ☐L ☐R C5 ☐L ☐R C6 ☐L ☐R C7 ☐
D1-4 ☐L ☐R D5-8 ☐L ☐R D9-12 ☐L ☐R L1-5 ☐L ☐R ☐steil Skoliose ☐ Rundrücken ☐
Hohlkreuz ☐ BSS _____ ☐L ☐R Armmobilität eingesch. ☐L ☐R Anm._____
HP-RG: ☐ EMAIL: ☐ RG: R-_____ ☐

ATLASPRAXIS Flick
Blankeneser Bahnhofstr. 11
22587 Hamburg
Germany

Steuernummer 42/062/01717

T 0049 (0)40 86648878 0
F 0049 (0)40 86648878 9
E info@atlaspraxis.de

Inhaber Gernot Flick
Naturheilk. Ltg. Heilpraktikerin Anja A. Flick

www.atlaspraxis.de
www.jetztgesund.de

www.vorsichtgesund.de
www.jetztgesundshop.de