

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 (yes)

Ja, welche (Yes, specify): \_\_\_\_\_

Wann (When): \_\_\_\_\_

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

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

Leiden oder litten Sie unter Depressionen (Do you suffer 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 _____	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	C2 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	C3 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	C4 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	C5 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	C6 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	C7 <input type="checkbox"/>
D1-4 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	D5-8 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	D9-12 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	L1-5 <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> steil	Skoliose <input type="checkbox"/>	Rundrücken <input type="checkbox"/>	
H.kreuz <input type="checkbox"/>	BSS _____	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	Armmobilität eingeschr. <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	Anm. _____			
HP-RG: <input type="checkbox"/>	EMAIL: <input type="checkbox"/>	RG: R- _____	<input type="checkbox"/>				