



MARION KÖNIG

Heilpraktikerin

KONTAKTBOGEN

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail Adresse

Beruf, Größe, Gewicht, Kinder

Mein Anliegen, Wünsche - Beschwerden:

Folgende Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel oder homöopathische Mittel nehme ich ein:

Ärztliche Diagnosen

Liegt bei Ihnen eine Allergie (z. B. Heuschnupfen, Nickel) ,eine Medikamentenunverträglichkeit (z. B. Penicillin, Alkohol) oder eine Lebensmittelintoleranz (z. B. Laktose, Gluten, Fruktose) vor?

Unfälle, Operationen (wurden Organe entfernt), frühere Krankheiten

Welche Impfmaßnahmen wurden in letzter Zeit durchgeführt? Kam es dabei zu Impfreaktionen?

Wie ernähren Sie sich?

Gemischtkost Vegetarisch Vegan Vollwertkost. Trennkost

Sport und Hobbys: _____

Einverständniserklärung

Für die Analyse und Beratung erhalten Sie zwei separate Rechnungen. Die Haar-Vitalanalyse kostet 100 Euro und wird von meiner Tochter Christiane König durchgeführt und abgerechnet. Diese Rechnung ist nicht erstattungsfähig. Die Ergebnisse werden an Marion König weitergeleitet. Die dazugehörige Beratungsleistung wird von Marion König erbracht und nach Zeitaufwand mit einer Heilpraktiker-Rechnung abgerechnet. Der Stundensatz beträgt 80,00 Euro.

Ihre Daten werden von Marion König und von Christiane König zum Zwecke der Auftrags Erfüllung, zur Kontaktaufnahme und für buchhalterische Zwecke erhoben und gespeichert. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Hiermit bestätige Ich den Text aufmerksam gelesen zu haben und erkenne die Rahmenbedingungen an.

Datum

Unterschrift