

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 Medikamenten-unverträglichkeit (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 Auftragserfüllung, 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