



Bitte ausfüllen und unterschreiben

Name:Ledigname:

Vorname:

Geb.-Datum: E-Mail:

Straße / Nr.:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

Beruf:

Erkrankungen, Beschwerden und Medikamente:

.....
.....
.....
.....

Blutgruppe:

- | | | |
|---|-------------------------------|---|
| Leiden Sie an Epilepsie ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie eine Herzoperation ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Hatten Sie eine Organtransplantation ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht eine Schwangerschaft ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unbestimmt |

Ich bitte **Sandra Britt** um Anwendung der NLS-Analyse und bestätige vor der Anwendung über mögliche körperliche Reaktionen (insbesondere Müdigkeit, allfälliger Homöopathischer Effekt) während des Selbstheilungsprozesses informiert worden zu sein.

Die Nicht-lineare-Systemanalyse ist kein Ersatz für eine ärztliche Behandlung.

Die Kosten betragen für die erste Analyse CHF 390.00 und werden sofort fällig (per Twint oder bar). Mir ist bekannt, dass die Krankenkassen die Kosten der Anwendung nicht erstatten. Ich bin mit der Anwendung der NLS-Analyse einverstanden.

Datum: Unterschrift:

(bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)