

## AUFNAHME BEHANDLE DIE URSACHEN

### KUNDE

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_  
Privat Mobile

E-mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

---

### ANAMNESE

Was ist Ihr momentanes Hauptproblem oder möchten Sie einfach vorsorglich etwas Gutes für sich tun?

\_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja    † Nein †

Nehmen Sie Medikamente? Ja    Nein

Wenn ja welcher Art?

Antibiotika    Sedativa    Psychopharmaka    Ritalin    Schmerzmittel  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Corona Impfungen? Ja    Nein

Wenn ja, wie viele?

---

### Kostenloser telefonischer Gesprächstermin

Welches sind für Sie die besten Tage und Tageszeiten, damit wir ein persönliches kostenloses Telefongespräch (maximal 30 Minuten) mit Ihnen vereinbaren können?

\_\_\_\_\_

## Rechtliches / Konditionen

- Hiermit bestätige ich, dass ich die Kur zur Behandlung der Ursachen für mindestens acht Monate durchführe und dafür minimum Fr. 80.- / mtl. investieren muss.

**Hinweis:**

Fr. 80.- ist für das Grundmittel. Für die ganzheitliche Kur wären ca.

Fr. 220.- / mtl. optimal, aber hier nicht Bedingung.

- Mir ist bekannt, dass ich keine Heilversprechen erhalten habe.
  - Mir ist bewusst, dass ein Behandlungsplan für zu Hause in meiner eigenen Verantwortung liegt und die Praxis keinerlei Verantwortung dafür übernimmt.
- Ich habe die Konditionen gelesen und bin damit einverstanden

---

Ort, Datum

Unterschrift Kunde / Patient

Mailen Sie uns dieses Anmelde-PDF an: [info@naturheilpraxis-molero.com](mailto:info@naturheilpraxis-molero.com)

Nach Eingang erhalten Sie einen Termin für ein kostenloses Telefongespräch (maximal 30 Minuten).

**Herzlichen Dank und auf zu mehr Gesundheit!**