

## Praxis für klassische Homöopathie

Elena Jock

Heilpraktikerin • qualifizierte Homöopathin

Hauptstraße 60 • 91054 Erlangen

Termine nach Vereinbarung

Tel: 01573 7173742

Mail: praxis@elenajock.de



### Name/ Anschrift

---

---

---

---

---

### Datum:

Telefon (privat) \_\_\_\_\_

Telefon (dienstl.) \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

### Anmeldung zur homöopathischen Behandlung

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse/ Beihilfeversicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### 1. Warum entschließen Sie sich zu einer homöopathischen Behandlung?

---

---

---

### 2. Welche Hauptbeschwerden haben Sie zum jetzigen Zeitpunkt und wie lange schon?

---

---

---



**6. Krankheiten (oder Todesursachen) in der Familie:**

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Mutters Mutter: \_\_\_\_\_

Mutters Vater: \_\_\_\_\_

Vaters Mutter: \_\_\_\_\_

Vaters Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Tuberkulose oder Schwindsucht: \_\_\_\_\_

Geschlechtskrankheiten: \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen: \_\_\_\_\_

**7. Impfungen und Impfreaktionen:**

Datum/ Jahr	Impfung	Reaktion

**8. Bisher eingenommene schulmedizinisch wirkende Medikamente:**

(Wirkung und Nebenwirkung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Bisher eingenommene homöopathische Medikamente:**

(Wirkung und Nebenwirkung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Bisher eingenommene naturheilkundliche/pflanzliche Medikamente, einschließlich Nahrungsergänzungstoffe: (Wirkung und Nebenwirkung)**

---

---

---

---

**11. Bisher durchgeführte osteopathische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Behandlungen (einschließlich Zahnbehandlungen und Akupunktur):**

---

---

---

---

**12. Welchen Erfolg konnten Sie mit den bisherigen Therapien erzielen, bzw. was konnte bisher nicht gebessert werden, oder hat sich verschlechtert?**

---

---

---

---

**13. Was soll sich für Sie durch die Behandlung verbessern?**

---

---

---

---

Bitte senden Sie mir den Bogen unterschrieben zurück.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie von Beginn der Behandlung mein Leistungsverzeichnis und meine Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen haben und anerkennen. Vereinbarte Termine, auch telefonische sind verbindlich. Nicht eingehaltene bzw. nicht rechtzeitig (mind. 24 Std. vor dem vereinbarten Termin) abgesagte Termine werden mit einer Stunde Ausfallhonorar in Rechnung gestellt.

Nach Erhalt Ihrer Unterlagen setze ich mich gerne telefonisch wegen eines Termins mit Ihnen in Verbindung.

---

**Datum, Ort**

**Unterschrift**

(\* Zum ersten Behandlungstermin bringen Sie bitte den Impfpass, bei Kindern das Vorsorgeuntersuchungsheft, ggf. den Mutterpass und falls vorhanden alle medizinischen Untersuchungsergebnisse mit.)