

# Fragebogen

Heilpraktikerin Sandra Oettel · Maronenhain 8 · 54296 Trier, Ortsteil Petrisberg  
Telefon: 0049 651 5616900 · info@sandraoettel.de

(Das elektronisch ausgefüllte Dokument ist ohne Unterschrift gültig.)

Falls Termin bekannt

Ihre Behandlung ist am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsname: \_\_\_\_\_

Ihr(e) Vorname(n): \_\_\_\_\_

Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

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

Sternzeichen: \_\_\_\_\_ (wenn bekannt) Aszendent: \_\_\_\_\_

Erreichbare Mobilnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf(e) gelernt: \_\_\_\_\_

Tätigkeit zur Zeit: \_\_\_\_\_

Was ist Ihr Anliegen? \_\_\_\_\_

Allergiker  Diabetiker  Herzschrittmacher

Psychische Probleme: Angst  Anderes: \_\_\_\_\_

Sind Sie Schwanger?

Waren Sie selbst ein Wunschkind? ja  weiß nicht  Nein

Wie war Ihre Geburt? normal  mit Komplikationen

Kiefer oder Zahnprobleme? ja  weiß nicht  Nein

Operationen: Mandeln  Blinddarm  Andere: \_\_\_\_\_

# Fragebogen

Heilpraktikerin Sandra Oettel · Maronenhain 8 · 54296 Trier, Ortsteil Petrisberg  
Telefon: 0049 651 5616900 · info@sandraoettel.de

Nehmen Sie Medikamente, Hormonpräparate, Nahrungsergänzungen?

Medikament Name: \_\_\_\_\_

Warum nehmen Sie es? \_\_\_\_\_

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Wasser: \_\_\_\_\_ Liter    Milch: \_\_\_\_\_ Liter    Anderes: \_\_\_\_\_ Liter

Wie haben Sie von unserer Praxis erfahren?

Recherche im Internet     Empfehlung Patient     Arzt: \_\_\_\_\_

## Zustimmungserklärung:

- Ich weiß, dass nur ich mich heilen kann und dass die Begleitung von Sandra Oettel nur die Voraussetzungen dafür erschafft. Sie ist kein Ersatz für eine ärztliche Behandlung.
- Es unterliegt meiner eigenen Verantwortung, Anschlussmaßnahmen und Empfehlungen nachzukommen, um meine Ergebnisse bestmöglich zu realisieren.
- Habe ich einen Termin vereinbart und kann diesen nicht wahrnehmen, ist es selbstverständlich, dass ich vereinbarte Termine in der Zeit von Montag 9.00 – Freitag 13.00 Uhr absage und damit meine Absagefrist von 2 Wochentagen einhalte, damit mir keine Kosten entstehen.
- Für die von mir nicht oder zu spät abgesagte Termine bin ich verantwortlich und verstehe, dass diese in voller Höhe der gebuchten Zeit von mir bezahlt werden.
- Mir ist bekannt, dass die Honorierung der erbrachten Leistungen nach zeitlichem Aufwand erfolgt und die Leistung Bar oder mit EC-Karte und PIN beglichen werden kann.
- Der Inhalt der Zustimmungserklärung ist mir bekannt und ich erkläre mich damit einverstanden. Ich beauftrage im oben beschriebenen Sinne Frau Sandra Oettel, Heilpraktikerin, meine gesundheitlichen Störungen ganzheitlich zu behandeln.
- Ich bin damit einverstanden dass ich Neuigkeiten erhalte über Gesundheit und Seminare und ich weiß, dass ich dies jederzeit in jeder E-Mail sofort widerrufen kann.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_