

Dr. med. vet. Ursula Gerhard

Heilpraktikerin für Menschen und Tierärztin
Barnewitzer Weg 34, 13585 Berlin-Spandau

- Heilpraxis für Mensch und Tier -



Dr. med. vet. Ursula Gerhard, Barnewitzer Weg 34, 13585 Berlin

FRAGEBOGEN

Telefon: 030 – 33 78 338
Fax: 030 – 35 10 82 30
Mobil: 0173 – 72 01 579
Mail: gerhard@ihr-vitalpunkt.de
Internet: www.ihr-vitalpunkt.de

10 Jahre Heilpraxis Spandau – Tag der offenen Tür
Samstag 24. Februar 2018 von 12 bis 18 Uhr

Aktuell zum Jubiläumsjahr

- Stand Januar 2018 -

ab sofort auch Therapieblöcke buchbar online wie offline

1. Füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus und nehmen diesen zum vereinbarten Termin mit in meine Praxis oder senden mir den Fragebogen mit einer Probe zu. Folgen Sie einfach den Erläuterungen auf den nachstehenden Seiten.
2. Für die Bioresonanztestung, einschließlich eines Bericht per Mail oder Post, sowie eine ausführliche Beratung in meiner Praxis oder per Telefon/Skype und einschließlich der ersten Therapie wird ein Betrag erhoben von:
60 Euro
3. Je nach Ergebnis können weitere Einzelsitzungen oder Therapieblöcke gebucht werden:
 - 39 Euro pro Einzelsitzung
 - 35 Euro pro Sitzung bei 5 Therapien
 - 30 Euro pro Sitzung bei 10 Therapien
 - weitere Therapieblöcke je nach Vereinbarung
4. Die Therapie erfolgt in meiner Praxis oder auf Wunsch gibt es auch andere Möglichkeiten, für Menschen, die nicht in meine Praxis kommen können. Sprechen Sie mich einfach an.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.
Ich freue mich auf Sie!

Ihr Vitalpunkt
Ursula Gerhard

Dr. med. vet. Ursula Gerhard

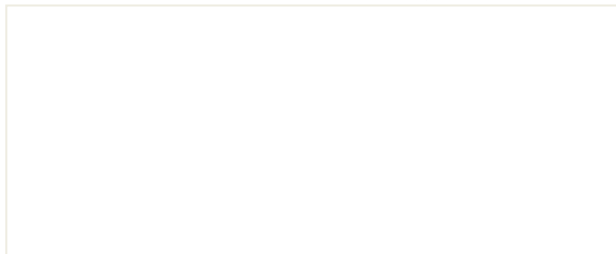
Heilpraktikerin für Menschen und Tierärztin

Barnewitzer Weg 34, 13585 Berlin-Spandau

- Heilpraxis für Mensch und Tier -



Dr. med. vet. Ursula Gerhard, Barnewitzer Weg 34, 13585 Berlin



Telefon: 030 – 33 78 338
Fax: 030 – 35 10 82 30
Mobil: 0173 – 72 01 579
Mail: gerhard@ihr-vitalpunkt.de
Internet: www.ihr-vitalpunkt.de

Fragebogen für Bioresonanz Austestung für Menschen:

1. Füllen Sie bitte so gut wie möglich diesen Fragebogen aus. Sie können diesen auf meiner Website herunterladen und ausdrucken oder ich sende Ihnen gerne einen Bogen zu.
2. Dann nehmen Sie wie beim Diabetes Test zwei Tropfen Blut aus der Fingerbeere und lassen diese auf einen kleinen Tupfer oder z.B. Kaffeefilter laufen. Umwickeln Sie diesen Tupfer/Kaffeefilter noch einmal mit Alufolie oder einer Medikamententüte oder Frischhaltetüte (neu nicht benutzt) und packen dann Ihre Blutprobe zusammen mit dem Fragebogen in einen Briefumschlag und schicken mir diesen zu, unter:
Ihr Vitalpunkt – Ursula Gerhard – Barnewitzer Weg 34 – 13585 Berlin
3. Sobald ich die Probe erhalten habe fange ich sofort mit der Austestung an und gleichzeitig sende ich Ihnen eine Rechnung per E-Mail zu. Das Ergebnis ist innerhalb von 7 Tagen fertig. Nach Eingang Ihrer Zahlung bekommen Sie das Ergebnis online zugesandt bzw. falls erwünscht wird es Ihnen per Post zugesandt.
4. Sofern Sie Fragen zum Ergebnis haben, können Sie mich jederzeit telefonisch kontaktieren und ich beantworte gerne Ihre Fragen. Beratungen per E-Mail führe ich nicht durch.

1. Angaben zur Person

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	Geschlecht:
Straße:	derzeitiger Beruf:
PLZ/Ort:	
Telefon:	aktueller oder ältere Berufe, in denen mit Schadstoffen oder Konservierungsmitteln gearbeitet wurde:
Telefon Arbeit:	
Handy:	
E-Mail:	
Skype:	
am besten erreichbar von wann bis wann:	

1. Angaben zu Ihrer Krankheitsgeschichte

Beschwerden:

Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie. Geben Sie bitte an seit wann Sie die Beschwerden haben und in welcher Intensität (bei einer Skala von 1-10). Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit. Sollte der Platz nicht reichen fügen Sie ein extra Blatt mit hinzu.

Art der Beschwerde:	seit wann:	Intensität:
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		

Wann treten die Beschwerden auf zu gewissen:

- a. Tageszeiten
- b. Jahreszeiten
- c. Mahlzeiten
- d. Im Freien
- e. Nur im Räumen
- f. Im Haus

Welche Behandlungen haben Sie bekommen:

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit (Name und Dosierung):

Welche Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie (Name und Dosierung):

2. Ernährung

Ernährung:

Bitte schreiben Sie genau auf, was Sie an einem typischen Tag essen, morgens – mittags – abends oder auch zwischendurch, wieviel Sie pro Tag trinken und welche Getränke

Essen morgens vor der Arbeit:

Essen mittags:

Essen abends:

Zwischenmahlzeiten:

Wieviel Liter trinken Sie pro Tag:

Was trinken Sie:

Nehmen Sie folgende Lebensmittel zu sich:

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Weißmehlprodukte | <input type="radio"/> Süßigkeiten |
| <input type="radio"/> Milchprodukte | <input type="radio"/> Kuchen |
| <input type="radio"/> Eier | <input type="radio"/> Zucker |
| <input type="radio"/> Nüsse | <input type="radio"/> Biokost |

Haben Sie allergische Reaktionen auf bestimmte Lebensmittel:

3. Augen:

Augen:

Tragen Sie eine Brille, sind Sie kurzsichtig, weitsichtig, nachtblind, leiden Sie an Augenschmerzen, Augendruck, Augenentzündungen
Haben Sie Augenjucken aufgrund allergischer Reaktionen wie beim Heuschnupfen, hatten Sie bereits Augenoperationen

Schreiben Sie alles auf:

4. Ohren:

Ohren:

Haben Sie Ohrschmerzen, Ohrjucken, Ohrgeräusche, wie Tinnitus, Ohrsausen, Schwindelattacken, Gleichgewichtsstörungen, Ausschläge
an den Ohren, sind sie schwerhörig

Schreiben Sie alles auf:

5. Lippen – Mund – Mundschleimhaut – Rachen - Mandeln:

Lippen – Mund – Mundschleimhaut - Rachen:

Haben Sie Ausschläge an den Lippen, im Mund oder Rachenbereich, Herpes, Entzündungen an den Lippen, in Mund oder Rachenbereich,
reagieren Sie auf bestimmte Lebensmittel mit Reaktionen an den Lippen/Mund- oder Rachenschleimhaut, sind Ihre Mandeln noch
vorhanden. hatten Sie Operationen an den Mandeln:

Schreiben Sie alles auf:

6. Zähne:

Zähne:

Sind Sie zurzeit in zahnärztlicher Behandlung und wenn ja, warum, haben Sie noch Amalgam Füllungen, haben Sie allergische Reaktionen
seitdem Sie neuen Zahnersatz haben, gibt es Untersuchungen, dass Sie gewisse Zahnmaterialien nicht vertragen:

Schreiben Sie alles auf:

7. Kopfschmerzen:

Kopfschmerzen:

Neigen Sie zu Kopfschmerzen, wenn ja wie oft, zu welcher Tageszeit, wann treten diese auf (vor – nach Arbeit – bei Ruhe), wo sind die Kopfschmerzen, werden Sie durch gewisse Lebensmittel oder sonstige Stoffe oder Ereignisse ausgelöst.

Schreiben Sie alles auf:

8. Impfstatus

Impfungen:

Welche Impfungen haben Sie wann bekommen, hatten Sie allergische Reaktionen auf Impfungen, fühlten Sie sich nach einer Impfung müde, schlapp, abgeschlagen, hatten Sie Veränderungen an der Impfstelle, bei Kindern Veränderungen im Verhalten:

Schreiben Sie alles auf:

9. Infektionen

Infektionen/Entzündungen:

Neigen Sie häufiger zu Entzündungen, Erkältungen, Infektionen, wenn ja wie oft (1-2-3 oder mehrfach im Jahr), welche Infektionen haben Sie durch durchgemacht

Schreiben Sie alles auf:

10. Allergien

Allergien:

Wurden bereist Allergien ausgetestet, wenn ja womit und welche Allergien
Haben Sie selbst den Verdacht auf Allergien, auch wenn diese noch nicht offiziell bestätigt werden konnten

Schreiben Sie alles auf:

11. Nase – Atmung – Lunge – Bronchien – Heuschnupfen - Asthma

Atmung:

Neigen Sie zu Beschwerden am Atmungsapparat: Atemnot – Bronchitis – Lungenentzündung – Infektionen – Asthma – Heuschnupfen – allergische Reaktionen - Husten

Schreiben Sie alles auf:

12. Herz und Kreislauf

Herz-Kreislauf:

Haben Sie Beschwerden am Herzen oder Kreislauf: Stechen – Rhythmusstörungen – Beklemmungen – Leistungsminderung – Blutdruck zu hoch oder niedrig – Infarkt – Druckgefühl – wird Ihnen schneller kalt oder warm

Schreiben Sie alles auf:

13. Magen- Darm

Magen-Darm:

Haben Sie Magen-Darm Beschwerden: Völlegefühl – Gastritis – Appetitlosigkeit – Nahrungsmittelallergie – Verstopfungen – Durchfall – Infektionen – Blähungen – Hämorrhoiden – wie oft haben Sie Stuhlgang am Tag/Woche – ist ihr Stuhlgang häufiger sehr weich bis flüssig – normal oder fest:

Schreiben Sie alles auf:

14. Leber – Gallenblase:

Leber - Gallenblase:

Haben Sie Beschwerden an der Leber: Entzündungen, Infektionen, Hepatitis

Haben Sie Beschwerden an der Gallenblase: Entzündungen, Infektionen, Steine, Koliken, Operationen, Druck im Oberbauch, Fettunverträglichkeit

Schreiben Sie alles auf:

15. Blase – Niere – (Prostata)

Blase - Niere:

Haben Sie Beschwerden an der Blase oder Niere: Entzündungen – Infektionen – Nierensteine – häufiger Harndrang – zu viel oder wenig Harn – können Sie den Harn nicht halten – stark riechenden Harn

Männer: haben Sie Prostatabeschwerden

Schreiben Sie alles auf:

16. Frauen

Brust – Zyklus – Gebärmutter – Eierstöcke - Schwangerschaft:

Haben Sie Beschwerden an der Brust, bereits Erkrankungen, Operationen an der Brust

Haben Sie noch Ihren Zyklus, wenn ja regelmäßig, sind Sie in der Menopause, nehmen Sie Hormone

Haben Sie Beschwerden mit der Gebärmutter oder Eierstöcken, wurden Sie bereits operiert

Sind sie schwanger, hatten Sie bereits eine Schwangerschaft, wieviel Kinder haben Sie

Haben Sie Scheidenausfluss

Schreiben Sie alles auf:

17. Schilddrüse

Schilddrüse:

Haben Sie Beschwerden an der Schilddrüse: Entzündungen, Infektionen, Überfunktion, Unterfunktion, sonstiges, nehmen Sie Medikamente für die Schilddrüse, wie Jod, Thyroxin oder andere Medikamente

Schreiben Sie alles auf:

18. Orthopädie

Muskeln – Sehnen – Bänder – Gelenke – Knochen - Wirbelsäule - Rücken:

Haben Sie Beschwerden an den Muskeln, Sehnen, Bändern, Gelenken, Knochen, Wirbelsäule oder Rücken

Haben Sie akute oder chronische Schmerzen oder rheumatische Beschwerden

Haben Sie Rückenschmerzen

Hatten Sie bereits Operationen am Rücken, den Gelenken, der Wirbelsäule

Haben Sie Erkrankungen wie Rheuma, MS, Parkinson, Bandscheibenvorfälle, Arthritis, Arthrose, Muskelerkrankungen oder sonstiges

Schreiben Sie alles auf:

19. Haut

Haut

Haben Sie Beschwerden an der Haut: Entzündungen, Infektionen, Pilzbefall, Ekzeme, Neurodermitis, Schuppenflechte, Sonnenallergie, Kälteallergie, allergische Reaktionen, Juckreiz oder andere Beschwerden

Schreiben Sie alles auf:

20. Familie:

Haut

Haben Familienmitglieder, Mutter, Vater oder andere Allergien
Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten

Schreiben Sie alles auf:

21. Belastungen:

Belastungen:

Wie hoch schätzen Sie Ihre Arbeitsbelastung ein auf einer Skala von 1 bis 10:

Wie hoch schätzen Sie Ihre persönliche Belastung außerhalb der Arbeit ein auf einer Skala von 1-10:

Schreiben Sie Besonderheiten auf (Pflege, Umzug, Arbeitswechsel u.s.w.):

22. Sport:

Sport – Reha - Physiotherapie:

Treiben Sie Sport, wenn ja wie oft in der Woche oder Monat und welche Sportart

Sind Sie in physiotherapeutischer Behandlung oder in einer Reha Maßnahme

Schreiben Sie alles auf:

23. Sonstiges:

Sonstiges:

Sie haben noch weitere Anmerkungen. es fällt Ihnen noch etwas ein. schreiben Sie es einfach auf

Schreiben Sie alles auf:

Weiteres Vorgehen:

- a. Senden Sie nun den ausgefüllten Fragebogen und Ihre Blutprobe an meine Adresse:
Ihr Vitalpunkt – Ursula Gerhard – Barnewitzer Weg 34 – 13585 Berlin
- b. Nach Erhalt Ihrer Probe erhalten Sie eine Eingangsbestätigung per E-Mail.
- c. Mit der Austestung wird sofort nach Erhalt der Probe begonnen, diese dauert bis zu 7 Tage.
- d. Weiterhin erhalten Sie die Rechnung, bitte überweisen Sie diese unverzüglich.
- e. Nach Zahlungseingang erhalten Sie das Ergebnis per E-Mail und auch gerne per Post.

Haben Sie danach noch Fragen kontaktieren Sie mich.

Eine Austestung, incl. Bericht und weitere Nachtestungen, falls erforderlich (bis zu 10 Proben extra, z.B. spezieller Proben aus ihrem häuslichen Umfeld oder auch Kosmetika, Lebensmittel oder sonstiges Dinge, die Sie einnehmen, wo ein Verdacht auf allergische Reaktion besteht), mit ausführlicher Beratung über mögliches weitere Vorgehen liegt bei **60,00 Euro Brutto.**

Die privaten Krankenkassen oder auch bei Zusatzversicherungen mit Heilpraktikerleistungen, können sie je nach Tarif Ihrer Versicherung, Kosten erstattet bekommen. Eine direkte Abrechnung mit der Krankenkasse ist mir als Heilpraktikerin nicht möglich.

Bitte unterschreiben Sie den Fragebogen:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben korrekt ausgefüllt haben. Außerdem erklären Sie sich mit den Kosten von 60,00 Euro pro Austestung/Person, nach den oben aufgeführten Bedingungen einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift: