



## UDC Batista

Familienname: \_\_\_\_\_ Ledigname: \_\_\_\_\_

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

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

Strasse / Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

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

Beschwerden, Erkrankungen und Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Leiden Sie an Epilepsie?  Nein  Ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  Nein  Ja

Besteht eine Schwangerschaft?  Nein  Ja  unbestimmt

Sind Sie gegen Covid-19 geimpft?  Nein  Ja

---

Ich bitte Martina Batista Brito Reis 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 400.00 und werden sofort fällig. Mir ist bekannt, dass die Krankenkasse die Kosten der Anwendung nicht erstattet. Ich bin mit der Anwendung der NLS-Analyse einverstanden.

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