



Ursachen
Diagnostik
Center

bitte ausfüllen und unterschreiben

UDC Ursachen Diagnostik Center · Luzernstrasse 3 · CH-5634 Merenschwand

Name: Ledigname:.....
Vorname:
Geb.-Datum: E-Mail.....
Straße / Nr.:
PLZ / Wohnort:
Telefon:
Beruf:

Erkrankungen und Beschwerden:

.....
.....
.....
.....

Blutgruppe.....

Leiden Sie an **Epilepsie**? nein ja
Haben Sie einen **Herzschrittmacher**? nein ja
Bei Frauen: besteht eine **Schwangerschaft**? nein ja unbestimmt

Ich bitte **Silvia Multner** um Anwendung der NLS-Analyse und bestätige vor der Anwendung übermögliche 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 Krankenkassen die Kosten der Anwendung nicht erstatten. Ich bin mit der Anwendung der NLS-Analyse einverstanden.

Datum: Unterschrift:
(bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)