



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:** .....

**Durch wen oder was sind Sie zu uns gelangt? :** .....

**Erkrankungen, Beschwerden und Medikamente:**

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

**Blutgruppe**.....

Leiden Sie an **Epilepsie**?

nein  ja

Haben Sie einen **Herzschrittmacher**?

nein  ja

Bei Frauen: besteht eine **Schwangerschaft**?

nein  ja  unbestimmt

Sind Sie gegen COVID geimpft?

nein  ja

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)