

# AUFTRAG

(bitte ausfüllen und zurückschicken)

Name .....

Geburtsdatum .....

Anschrift .....

Telefon .....

- Ich bestätige, dass ich ein Exemplar des Merkblatts 'Radionik' erhalten und gelesen habe.

Ich bin zur Zeit bei einem Radioniker in Behandlung

Ich wurde bereits von einem Radioniker behandelt

Ich möchte radionisch analysiert werden

Ich möchte radionisch analysiert und behandelt werden

Datum .....

Unterschrift .....

## **Bemerkungen:**

- Ein Elternteil oder eine Begleitperson muss anstatt eines Kindes unter 18 Jahre unterschreiben.
- Patienten behalten sich das Recht vor, die Behandlung jederzeit ohne Angabe von Gründen abubrechen.
- Radioniker behalten sich das Recht vor, die Analyse und/oder die Behandlung von Patienten ohne Angabe von Gründen abubrechen.

**Bitte: Eine Haarsträhne (ca. 3 cm lang, ca. 10 Haare) mit Klebestreifen an den Rand dieser Erklärung kleben.**

Nicole Hentschel  
Heilpraktikerin  
Gut Elsfeld, Elsfeld 1  
53639 Königswinter

Telefon 02244-874986  
Telefax 02244-874594  
Mobil 0171-6562485  
Email NHP@gut-elsfeld.de