



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bringen Sie bitte zum ersten Termin sämtliche aktuellen Untersuchungsberichte, Röntgenaufnahmen, eine Panoramaaufnahme (OPG, analoges Bild) Ihrer Zähne und alle Ihre Medikamente, die Sie einnehmen mit. Die Laborberichte der letzten Jahre senden Sie mir bitte, wenn möglich vorab per E-Mail zu. Des Weiteren bitte ich Sie ein Genogramm (Stammbaum), welches bis in die Generation Ihrer Großeltern zurückreicht mitzubringen (siehe Vorlage). Bringen Sie bitte auch ein **Schraubglas** (ca. 200ml) sauber und gewaschen mit. Bringen auch bitte zu jeder weiteren Behandlung das Tropffläschchen, das Sie von mir bekommen, egal ob es leer oder noch gefüllt ist (ungewaschen) wieder mit.

Trage Sie bitte für die Behandlung keine schwarze, sondern farbige oder weiße Kleidung.

Während der Behandlung schalten Sie Ihr **Mobiltelefon** unbedingt in den **Flugmodus** und dann ganz aus. Kommen sie bitte, wenn möglich mit öffentlichen Verkehrsmitteln, da Parkplätze Mangelware sind.

Für Ihren Erst-Termin planen Sie bitte 2 bis 2½ Stunden, für die SophiaMatrix© 2 Stunden ein. Die Behandlung wird mit ungefähr 95 - 105,- Euro/Stunde berechnet und die Rechnung nach Gebührenordnung erstellt. Eventuelle Aufwendungen für Spritzen und andere Verbrauchsmaterialien werden zusätzlich berechnet.

Bei einer Behandlung mit Assistenz sind für die Assistenz 10,- EURO an diese zu zahlen.

Die Bezahlung erfolgt direkt nach der Behandlung in bar, Ihre Rechnung erhalten Sie sofort.

Für die Durchführung der SophiaMatrix© ist es grundlegend notwendig ein Aortenaneurysma auszuschließen. Lassen Sie dies bitte bei Verdacht von einem Facharzt untersuchen. Ziehen sie zur Behandlung bitte einen BH an.

Termine sollten mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, erfolgt die Absage kurzfristiger, muss ich Ihnen einen Stundensatz berechnen.

Aus Rücksicht auf mich bitte ich Sie direkt vor der Behandlung nicht mehr zu Rauchen.  
Herzlichen Dank dafür.

Die vorstehenden Geschäftsbedingungen habe ich gelesen und akzeptiere sie durch meine Unterschrift.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Tel. beruflich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Beruf / Schulklasse: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung: PKV O GKV O Zusatz O Beihilfe O Post O Sonst.: \_\_\_\_\_  
Name der Versicherung: \_\_\_\_\_  
Bei Kindern, Name des Rechnungsempfängers: \_\_\_\_\_

### **Anleitung:**

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen genau aus. Bei den Beispielen genügt es zu unterstreichen, sofern diese zutreffen; ansonsten mit eigenen Worten beantworten: Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit.

### **Wichtig!**

Bitte schreiben Sie hinter jedes Symptom eine Nummer von 1 bis 10 (1 = sehr gering, 10 = extrem stark; z.B. Kopfschmerzen 7 und in welchem Jahr es zum ersten Mal aufgetreten ist (z.B. '94))

### **Unter welchen Beschwerden leiden sie und seit wann? (Die 3 Hauptbeschwerden) Wie lauten die schulmedizinischen Diagnosen?**

- 1.
- 2.
- 3.

---

Bitte bringen Sie Medikamente, (am besten die jeweilige Tagesdosis) die eingenommen werden, sowie eine Panoramaaufnahme des Kiefers mit.

### **Was war kurz vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden (vielleicht der Auslöser)?**

Z.B. eine Erkrankung, Kummer, Trauer, Schreck, Operation, Hautausschläge, Medikamente, usw.

### **Welche Besonderheiten / Auffälligkeiten gab es während Ihrer Schwangerschaft, Geburt und frühen Kindheit?**

Waren die wirtschaftlichen Verhältnisse Ihrer Eltern in Ordnung? Wie war die Beziehung Ihrer Eltern?

War Ihre Geburt „entspannt“ bzw. natürlich, oder gab es Komplikationen?

Wurden Wehenhemmer oder –auslöser verwendet?

Wurden Sie per Kaiserschnitt entbunden? Ja / Nein

Hat Ihre Mutter Sie gestillt? Ja / Nein Und wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Wie oft und wann haben Sie in Ihrem Leben Antibiotika bekommen? \_\_\_\_\_

In welcher Umgebung sind Sie aufgewachsen? Stadt, Land, Ausland (wenn ja wo \_\_\_\_\_ )

**Welche Krankheiten sind Ihnen in Ihrer Familie bekannt? (Großeltern, Eltern, Geschwister)**

Z.B. Krebs, Tuberkulose, Depressionen, Geschlechtskrankheiten, Epilepsie, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Asthma, Diabetes mellitus, Rheumatismus, Nierensteine, Gallensteine, Multiple Sklerose, Gicht, Allergien, Schuppenflechte, Neurodermitis, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Schlafprobleme, usw.

**Welche schweren Schicksale gab es in Ihrer Familie?**

**Welche Impfungen haben Sie bekommen? Bitte Impfausweis mitbringen.** (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Z.B. Tuberkulose (BCG), Polio (Kinderlähmung), Diphtherie, Tetanus, Haemophilus influenzae (HIB), Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Hepatitis, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Grippe, Zecken, usw.

**Gab es Reaktionen auf Impfungen?** (Zutreffendes bitte unterstreichen)

z.B. Fieber, Krämpfe, Unruhe, Schlaflosigkeit, Verhaltensveränderungen, usw.

**Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?** (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten, Windpocken, Scharlach, Tetanus, Kinderlähmung, Malaria, Salmonellose, Ruhr, Pfeiffersches Drüsenfieber, Tropenkrankheiten, Tuberkulose, Borreliose, FSME, Hirnhautentzündungen, Herpes, usw.

**Hatten Sie Auslandsaufenthalte in subtropischen oder tropischen Ländern?**

**Wurde schon einmal eine Parasitenerkrankung bei Ihnen festgestellt? Wenn ja durch welche Parasiten?**

**Wurden diese oder andere Erkrankungen schon einmal mit Antibiotika / Kortison behandelt? Wenn ja wie oft.**

**Falls ja, wurden Kortison oder Antibiotika oder beides eingesetzt?**

**Hatten oder haben Sie Unverträglichkeiten bei Medikamenten? Wenn ja bei welchen, wie lange haben Sie diese eingenommen und wann sind welche Probleme aufgetreten?**

**Haben Sie Narkosen bekommen, wenn ja wann?**

**Haben bei Ihnen Narkosen wesentlich länger angehalten als beabsichtigt? Wenn ja um wie viel länger haben diese angehalten?**

## K O P F

---

**Leiden Sie unter Kopfschmerzen?**

Falls ja, wie häufig?

wo? \_\_\_\_\_ Stirn-, Augen, -Schläfen-, Hinterhauptregion  
morgens, abends, halbseitig – links – rechts, doppelseitig

**Auslöser:** \_\_\_\_\_

**Was verbessert:** \_\_\_\_\_

**verschlechtert:** \_\_\_\_\_

**Haare:** *Haarausfall, kreisrunder, Haare widerspenstig, kraftlos, spröde* Seit wann?: \_\_\_\_\_

**Kopfhaut:** *Jucken, Schuppen*

**Gesicht:** *Zucken der Gesichtsmuskeln*

**Augen:** Grauer Star, Grüner Star, kurzsichtig, weitsichtig, Kontaktlinsen, Makula-Degeneration, Augenmuskelschwäche, Lasertherapie, usw. ...  
*Jucken, Flimmern, Flackern vor den Augen, „Auge Wackelt“, trocken, Tränenfluss gestört, Sehen gestört, Lidödeme, Ausschläge auf den Oberlidern, Bindehautentzündung*

**Ohren:** Links, rechts, beidseitig – Mittelohrentzündung, Schwerhörigkeit, Schmerzen, *Geräusche, Tinnitus*, häufige Ohrentzündungen

**Zähne / Kiefer:** Bitte zutreffendes ankreuzen:

Beschwerden bei der Zahnung?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Zahnfleischblutungen?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Empfindliche Zähne auf heiß / kalt?  Ja  Nein welche? \_\_\_\_\_

Weisheitszähne gezogen?  Ja  Nein welche? \_\_\_\_\_

Gibt es wurzelbehandelte Zähne?  Ja  Nein welche? \_\_\_\_\_

Gibt es tote Zähne?  Ja  Nein welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie Amalgamfüllungen?  Ja  Nein wie lang?  
wie viele? \_\_\_\_\_

Wurden Amalgamfüllungen entfernt?  Ja  Nein wann? \_\_\_\_\_

Wurde Amalgam ausgeleitet?  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Womit wurde ausgeleitet? \_\_\_\_\_

Material aktuell:  Amalgam  Gold  Kunststoff  Keramik  Implantate

*Absterben von Zahnnerven, Zahnlockerungen, Zähne knirschen, Mundtrockenheit, Aphthen, Zungenbelag, Zahnfleischbluten*

**Nase:** Operationen, Heuschnupfen, „verstopfte“ Nebenhöhlen

Allergien auf: \_\_\_\_\_

**Mandeln:** Operationen, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundgeruch

**Hals:** *Heiserkeit, Räuspern, Husten, Asthma ähnliche Hustenattacken, Schluckbeschwerden, Kratzen im Hals*

**Schilddrüse:** Überfunktion, Unterfunktion, Vergrößerung, Operation, Hashimoto, Knoten, Zysten  
*Kloßgefühl, geschwollene Halslymphknoten*

## BRUST / BAUCH

---

<b>Brustdrüse:</b>	Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten
<b>Herz:</b>	Beschwerden, Aortenaneurysma, oder Verdacht darauf, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass <i>Engegefühl, Brustschmerzen, Aufstoßen, Panikattacken</i>
<b>Blutdruck:</b>	hoch, niedrig _____ Wann zuletzt gemessen? Ergebnis _____
<b>Kreislauf</b>	<i>Schwankungen, Kreislauf gestört, Gefäßspasmen, Venenstauungen</i>
<b>Puls</b>	schnell, langsam
<b>Lunge:</b>	Lungenentzündung, Bronchitis, Auswurf, fester Schleim, Alkohol wird schlechter vertragen als früher, schnell außer Atem <i>Atemstörungen, Atemnöte, häufiger Husten</i>
<b>Leber</b>	Zysten, Vergrößerung
<b>Galle:</b>	Steine, Koliken, Operationen, <i>Druck im Oberbauch</i> , Fettunverträglichkeit
<b>Magen:</b>	<i>Völlegefühl</i> , Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sodbrennen, <i>Druckgefühl, plötzliches und vorübergehendes Erbrechen, unerkennliches, periodisches Wechseln von Bauchweh und Bauchkrämpfen, Bauchmuskelkrämpfe, Trommelbauch</i>
<b>Darm:</b>	Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperationen, <i>Blähungen</i> ja / nein, Polypen, Winde: Geruchsintensität _____, laut/leise
<b>Stuhlgang:</b>	Täglich, ca. jeden 2. / 3. / 4. ... Tag, unregelmäßig, riecht nach _____, Neigung zu Verstopfung, Neigung zu Durchfall, Stuhl hell, dunkel, übel riechend, hart, knollig, weich, schmierig, pastenartig; Gefühl nicht fertig zu werden, Stuhlgang wechselhaft usw., brauche viel Papier / Toilettenbürste, Stuhl schwimmt oben / geht unter, Sonstiges:
<b>Niere / Blase:</b>	Zysten, Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts / links, Reizblase, häufige Blasenentzündungen, muss ständig aufs Klo
<b>Nebennieren</b>	
<b>Harn:</b>	Viel, wenig, häufig, kann Wasser nicht halten, schaumig, Geruch nach: _____

## ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT / BEWEGUNGSAPPARAT

---

<b>Arme:</b>	Verletzungen, <i>Schmerzen</i> , Tennisellenbogen, Schulterprobleme, Kribbeln, kalte Hände, Karpaltunnel-Syndrom, usw.
<b>Beine:</b>	Verletzungen, <i>Schmerzen</i> , Krampfadern, Thrombosegefahr, Operationen, <i>kalte bzw. eiskalte Füße</i> , Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden, Knieprobleme, <i>kalte Kniegelenke</i>
<b>Rücken:</b>	Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall
<b>Haut / Nägel:</b>	Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, <i>Akne, Psoriasis (Schuppenflechte), Neurodermitis, Blaufärbung an den Körperenden (Nase, Kinn, Ohrläppchen, Fingerkuppen, Zehenkuppen), blau marmorierte Bereiche, Hornhäute an Fersen, Ballen, Zehen, trockene, schälende Haut an den Handinnenflächen und Fußsohlen, kalte Haut an Armen und Beinen, trockene Haut an Gelenken mit Silberkruste und Schuppung, Nägel gelb und verhornt, Nekrosen an Finger- und Zehenkuppen</i> , Neigung zu blauen Flecken  Hautallergien auf ( Creme usw.) _____
<b>Knochen:</b>	<i>Knochen- und Gelenkschmerzen, Kälte</i> , Osteoporose, häufige Knochenbrüche
<b>Muskulatur:</b>	<i>Geh- und Gangstörungen, ungewöhnliche Zuckungen, unkoordinierte Bewegungen, Spastiken, Muskelschmerzen, Muskeler schlaffungen</i>

## FRAUEN-BEREICH

---

- Gynäkologie:** Ausfluss – keinen, stark, weiß, gelb, wund machend, färbt die Wäsche, Schmerzen, Eierstockentzündungen, Ausschabungen, Fehlgeburten  
Geburten – Jahreszahl: \_\_\_\_\_  
Abtreibungen, Tumore, Zysten, Myome, Pilze, Geschlechtskrankheiten, usw.  
Libidoverlust, Sterilität, *Kälte im Genitalbereich*
- Menses:** Wann war die erste Menses: \_\_\_\_\_ wann die letzte: \_\_\_\_\_  
Blutungen sind hell, dunkel, klumpig, braun: \_\_\_\_\_  
Regelblutung ist stark, schwach, dauert lange: \_\_\_\_\_  
Abstand der Regelblutungen: \_\_\_\_\_  
Beschwerden vor – nach – während der Regel – welche: \_\_\_\_\_  
Zwischenblutungen: \_\_\_\_\_  
Klimakterische Beschwerden: \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche: \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_  
Wann war Ihr letzter Frauenarzttermin? \_\_\_\_\_

## MÄNNER-BEREICH

---

- Prostata:** Vergrößert, Entzündungen gehabt, aktuell, Beschwerden beim Wasserlassen, häufiges nächtliches Wasserlassen  
Wann war Ihr letzter Krebsvorsorgetermin?
- Allgemein:** *Potenzstörungen, Libidoverlust, Sterilität, Kälte im Genitalbereich*

## ALLGEMEINES

---

**Wo haben Sie Narben? Wichtig!** Mit Jahreszahl der Entstehung, auch kleine eintragen

- Energie:** Chronische Erschöpfung, Schwäche, Antriebsschwäche
- Schlaf:** *Schlaflosigkeit, häufiges nächtliches Erwachen (Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Uhr), Schwierigkeiten beim Einschlafen, Sprechen im Schlaf, Unruhe in den Beinen, Nachtschweiß, heiße Füße, Zähneknirschen, stundenlanges Wachliegen, Konsum starker Schlafmittel notwendig*
- Allgemein:** *Ständige Kälte, inneres Frieren, Kälteschauer, Hormonstörungen, Lähmungen an den Körperenden beginnend (Nasenspitze, Kinnspitze, Ohrläppchen, Fingerkuppen, Zehenkuppen, Zungenspitze, Schädeldach), Atemlähmungen, Muskellähmungen, Schwindel, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Zittern*



**Psyche:** *Wesensveränderungen, Persönlichkeitsveränderungen, Stimmungsschwankungen, Depression und Aggression plötzlich wechselnd, „Himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt“, emotionale Labilität, Melancholie, Gereiztheit, Wut, Ängste, Panik, Manien, Phobien, Gesellschaftsscheu, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, Unkonzentriertheit, Unhöflichkeit, Andere reizen / ärgern / quälen*

**Träume:** Schrecklich, schön, gegen Morgen, nachdenklich, realitätsnah \_\_\_\_\_

**Sportarten:** \_\_\_\_\_ wie häufig? \_\_\_\_\_

**Ernährung:** Wie war Ihre Ernährungszusammenstellung im Kindesalter? (z.B. Kohlenhydratlastig, Fertigprodukte, Mikrowelle, etc.)

**Aktuelle Ernährung:**

Verlangen nach süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Eier, Obst, Nikotin, Alkohol, Kaffee, Milch und Milchprodukte, tierische Fette (Braten etc.)

Abneigung gegen süß, sauer, pikant, salzig, Fleisch, Alkohol, Kaffee, *Milch und Milchprodukte*, tierische Fette (Braten etc.), *Milcheiweißunverträglichkeit, Laktoseintoleranz, Histaminintoleranz, Fruktoseintoleranz*

Allergien / Unverträglichkeiten auf \_\_\_\_\_

Leben Sie nach bestimmten Ernährungsrichtlinien (vegetarisch, vegan usw.)?

Nein / falls ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen:** Ja / nein wenn ja wie viele? \_\_\_\_\_ wenn nein seit wann nicht mehr? \_\_\_\_\_

**Alkohol:** wie häufig? \_\_\_\_\_ was? \_\_\_\_\_

**Trinken:** Wie viel Wasser, Tee trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ Liter \_\_\_\_\_

**Haustiere:** Haben Sie oder hatten Sie Haustiere? \_\_\_\_\_

**Haus-Bereich:** Welche elektrischen Geräte befinden sich im Schlafbereich?

Verwenden Sie DECT-Telefone (Schnurlostelefon-Standard), W-LAN, Mobiltelefone?

**Haben oder hatten Sie beruflich oder privat Belastungen durch Lösungsmittel, Chemikalien, Schwermetalle?**

**Welche Therapien wurden bei Ihnen schon angewandt (Biologisch z.B. Sauerstoff, Infusionen, Spritzen, Medikamente)?**

**Wie beurteilen Sie Ihren Fitnesszustand zurzeit (1= sehr gut, 10 = sehr schlecht)?** \_\_\_\_\_

**Wie beurteilen Sie Ihre derzeitige seelische Verfassung (1 bis 10)?** \_\_\_\_\_

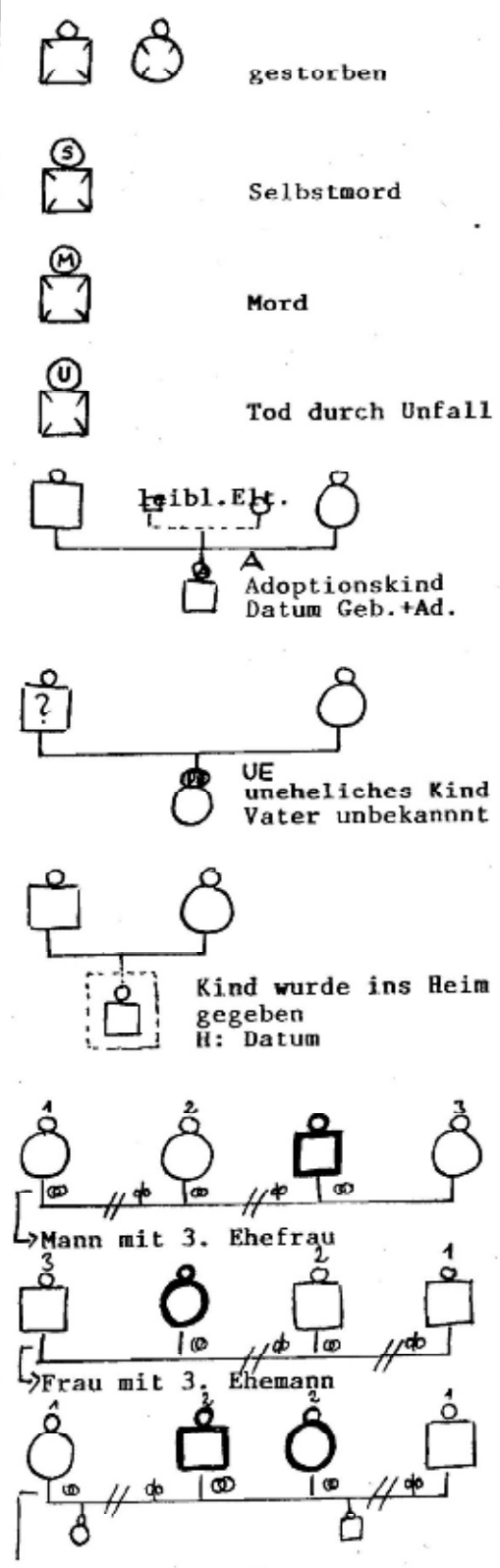
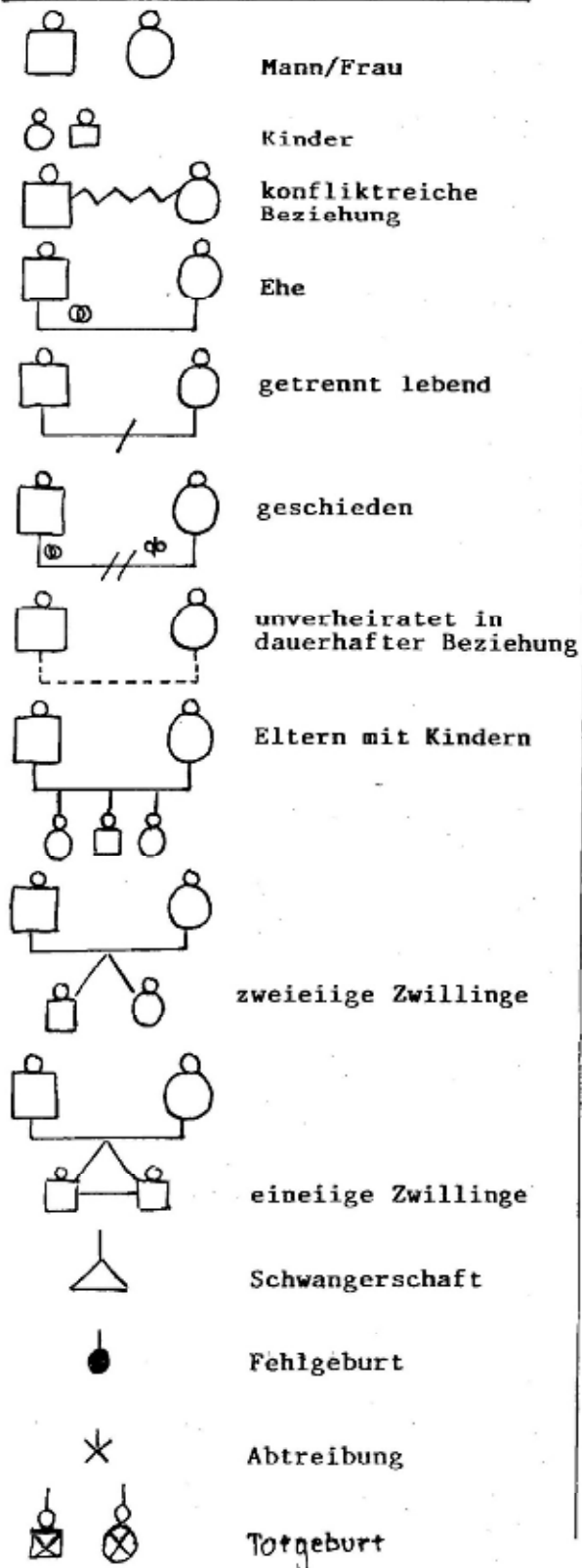
**Chronologie der Krankengeschichte** (auf extra Blatt oder Rückseite)

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die sie durchgemacht haben

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

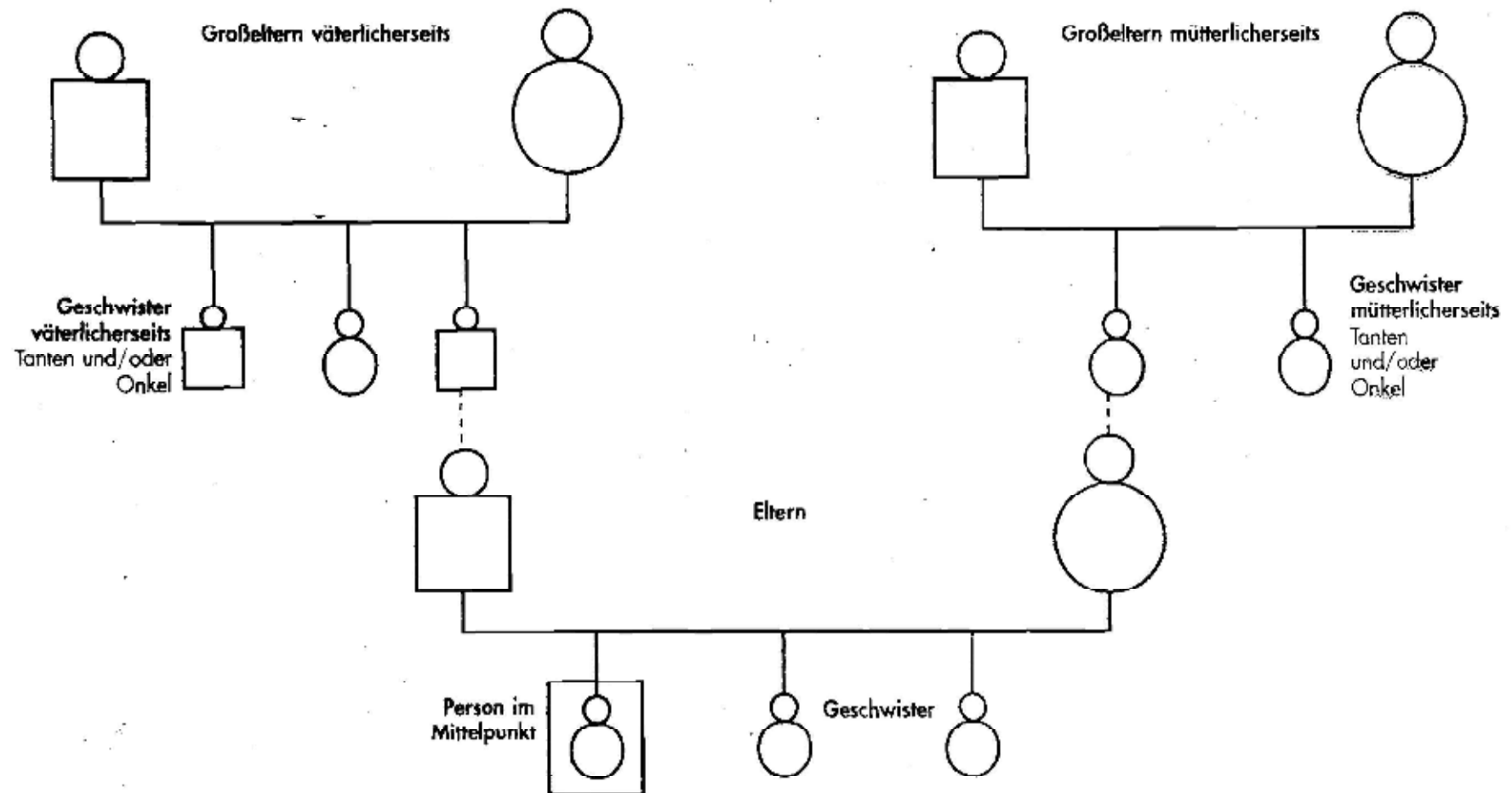
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

EINZELSYMBOLE FÜR DAS GENOGRAMM



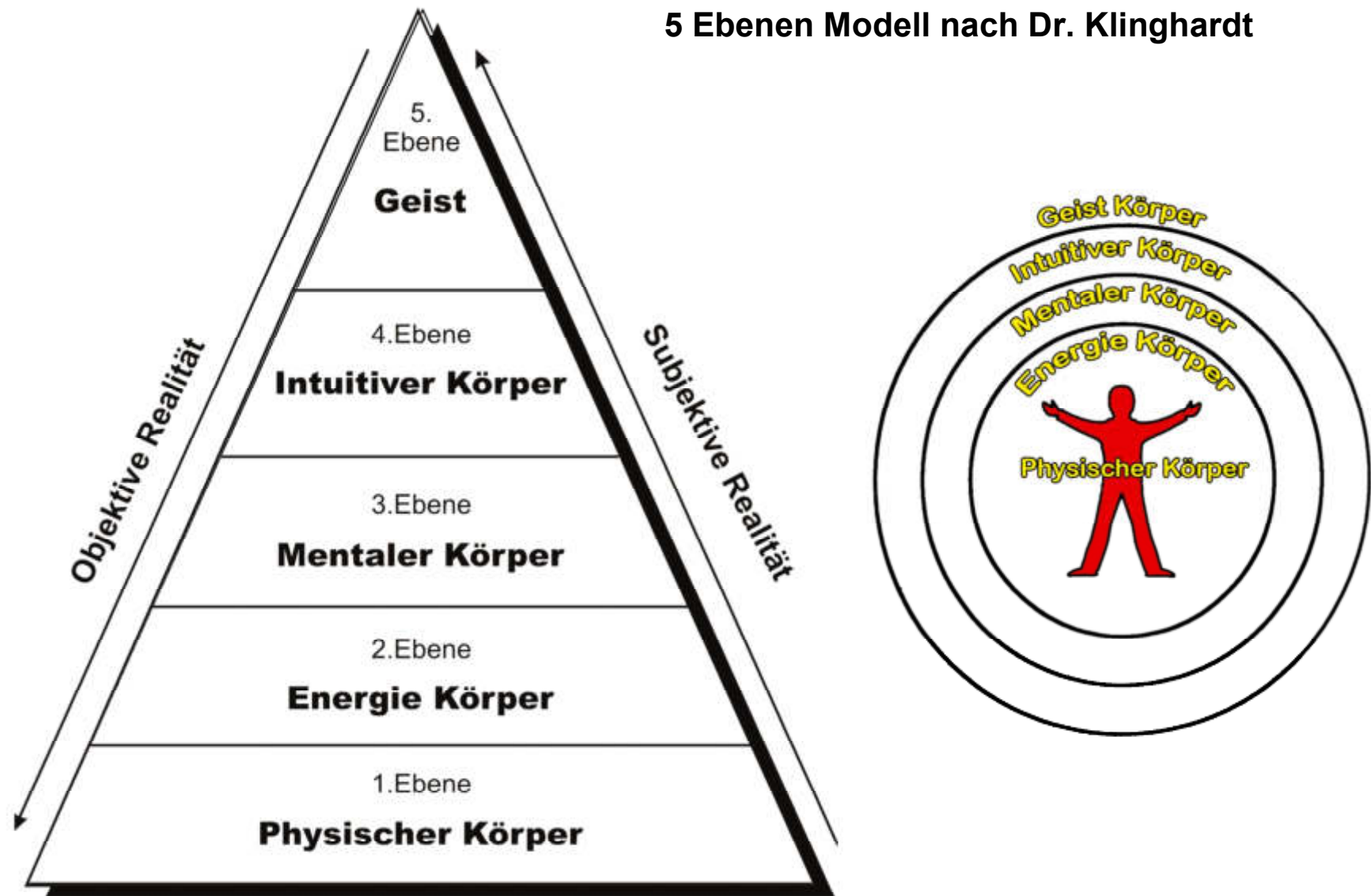


## Grundstruktur des Genogramms



Notieren Sie neben jeder Person den vollen Namen, Geburtsdatum, Schulbildung, Todesdatum und -ursache sowie alle körperlichen und emotionalen Probleme. Tragen Sie in das entsprechende Rechteck beziehungsweise den Kreis das aktuelle Alter ein. Auf die horizontale Linie zwischen Großeltern und Eltern schreiben Sie jeweils das Heiratsdatum und/oder den Scheidungstermin.

## 5 Ebenen Modell nach Dr. Klinghardt



<b>Die Körper</b>	<b>Unsere Erfahrung auf dieser Ebene</b>	<b>Anatomische Bezeichnung/ Konzept</b>	<b>Verwandte Wissenschaftsgebiete</b>	<b>Diagnostische Methoden</b>	<b>Verbundene medizinische Behandlungs- &amp; Heilverfahren</b>
<b>5. Geist</b>	Glückseligkeit, Einheit mit Gott, Erleuchtung	Geist, Höheres Bewusstsein	Religion, Spiritualität	Wissen und Bewusstsein	Selbstheilung, Gebet, Meditation, Singen
<b>4. Intuitiver Körper</b>	Intuition, Trance, Symbole, Magie, Meditatives Stadium, Spiritualität, Besessenheit, Außerkörperliche & Nahtoderfahrung	Kollektives Unterbewusstsein „No-mind“	Mathematik & Quantenphysik	Intuition, <b>Angew. Psychoneurobiologie (APN II)</b> system. Familienaufstellung, Klang und Stimmanalyse, Radiästhesie, Traumdeutung, syntonische Optometrie, Kunsttherapie	<b>Angewandte Psycho-Neurobiologie (APN II), system.</b> <b>Familienaufstellung, Farben- und Klangtherapie,</b> Schamanismus, Hypnotherapie, Radionics, Jungsche Psychoth. Rituale
<b>3. Mentaler Körper</b>	Gedanken, Glaube, Einstellungen, Bewusste Wirklichkeit Fernheilung	Geist & mentales Feld (bewusster & unterbewusster Geist) Morphisches Feld Der „Wille“	Psychologie & Homöopathie	<b>Autonome Regulationsdiagnostik (ART I &amp; II)</b> Psychologisches Gespräch (MMPI) homöopathisches Repertoirisieren	Angewandte Psycho-Neurobiologie (APN I) Mentalfeldtherapie, Psychotherapie, TFT, EMDR, Homöopathie, MFT
<b>2. Energie Körper</b>	Gefühle- (Wut Aufregung usw.) Chi (Qigong-Energie) Sechster Sinn & Andere „Energetische Wahrnehmungen“	Nervensysteme, Meridiane, Chakras, Aura, Bio elektrisches System, GAGS, Mikrotubulus	Psychologie & Homöopathie	<b>Autonome Regulationsdiagnostik (ART I &amp; II)</b> Thermogramm, EEG, EKG, EMG, VAS, EAV, Kinesiologie Chinesische Pulsmessung, Kirilan-Fotografie, CAT-Scan, Röntgenaufnahmen	<b>Neural-Therapie (NTA &amp; B)</b> Körperarbeit / Berührung Akupunktur, Atemtherapie MFT
<b>1. Physischer Körper</b>	Empfindungen (Berührungen, Geruch, usw. Bewegungen, Aktivität	Struktur & Biochemie	Mechanik & Chemie	<b>Direkte Resonanz, Autonome Regulationsdiagnostik (ART II),</b> Körperliche Untersuchung, Labortests, BDORT	Chiropraktik, Operationen, Medikamente / Kräuter