



Geschäftsbedingungen SophiaMatrix©

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben einen Termin für die SophiaMatrix© ausgemacht. Hierzu gibt es einiges, wichtiges und gesundheitsrelevantes zu berücksichtigen.

Klären Sie bitte vor Ihrem ersten Behandlungstermin ab ob Sie irgendwelche Probleme oder Fehlbildungen an Ihrer Aorta (Hauptschlagader) haben. Durch die Behandlung kann es auch zum Druck auf die Aorta kommen. Bei Vorschädigungen der Aorta kann es zu eventuellen Schäden (z.B. Ruptur eines Aneurysmas) an dieser kommen. Lassen Sie dies bei Verdacht zu Ihrer eigenen Sicherheit bitte von einem Facharzt abklären.

Bei einer bestehenden Schwangerschaft ist die SophiaMatrix nicht anzuwenden, da es zu einer zu großen Freisetzung von Giften kommen kann und diese das ungeborene Leben gefährden können.

Die Behandlung erfolgt in Unterwäsche (Patient), ziehen Sie (Frauen) deshalb bitte einen BH an falls Sie normalerweise keinen tragen.

Trinken Sie bitte ausreichend Wasser vor und nach der Behandlung, um die frei werdenden bzw. gewordenen Stoffe gut abtransportieren zu können. Hierfür ist auch eine gute Versorgung mit Gifte-bindenden Mittel sehr zu empfehlen.

Während der Behandlung ist Ihr Mobiltelefon unbedingt in den Flugmodus zu versetzen und ganz auszuschalten. Kommen sie bitte mit den öffentlichen Verkehrsmitteln, da es nur wenige Parkplätze gibt.

Für Ihren Erst-Termin planen Sie bitte 2 Stunden ein.

Die Behandlung wird mit ungefähr 95 - 105,- Euro/Stunde berechnet und die Rechnung nach Gebührenordnung erstellt. Eventuelle Aufwendungen für Verbrauchsmaterialien werden gesondert berechnet.

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

Termine sollten mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden, sollten Sie einen Termin kurzfristiger absagen, muss ich Ihnen leider 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: _____



Geschäftsbedingungen SophiaMatrix©

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 _____)



Geschäftsbedingungen SophiaMatrix©

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?



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?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Zahnfleischblutungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____
Empfindliche Zähne auf heiß / kalt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Weisheitszähne gezogen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Gibt es wurzelbehandelte Zähne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Gibt es tote Zähne?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	welche? _____
Hatten Sie Amalgamfüllungen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wie lang? _____ wie viele? _____
Wurden Amalgamfüllungen entfernt?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	wann? _____
Wurde Amalgam ausgeleitet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	_____

Womit wurde ausgeleitet? _____

Material aktuell: Amalgam Gold Kunststoff Keramik Implantate

*Absterben von Zahnnerven, Zahnlockerungen, Zähne knirschen, Mundtrockenheit, Aph-
then, Zungenbelag, Zahnfleischbluten*

Nase: Operationen, Heuschnupfen, „verstopfte“ Nebenhöhlen

Allergien auf: _____

Mandeln: Operationen, häufige Mandelentzündungen als Kind / heute, Halsschmerzen, Mundge-
ruch

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

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



Geschäftsbedingungen SophiaMatrix©

BRUST / BAUCH

Brustdrüse:	Beschwerden, Operationen, Knoten, Zysten
Herz:	Beschwerden, Aortenaneurysma, oder Verdacht darauf, Stechen, Druckgefühl, Infarkt, Beklemmung, Rhythmusstörungen, Bypass <i>Engegefühl, Brustschmerzen, Aufstoßen, Panikattacken</i>
Blutdruck:	hoch, niedrig _____ Wann zuletzt gemessen? Ergebnis _____
Kreislauf	<i>Schwankungen, Kreislauf gestört, Gefäßspasmen, Venenstauungen, Aneurysmen</i>
Puls	schnell, langsam
Lunge:	Lungenentzündung, Bronchitis, Auswurf, fester Schleim, Alkohol wird schlechter vertragen als früher, schnell außer Atem <i>Atemstörungen, Atemnöte, häufiger Husten</i>
Leber	Zysten, Vergrößerung
Galle:	Steine, Koliken, Operationen, <i>Druck im Oberbauch</i> , Fettunverträglichkeit
Magen:	<i>Völlegefühl</i> , Gastritis, Appetitlosigkeit, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Sodbrennen, <i>Druckgefühl, plötzliches und vorübergehendes Erbrechen, unerkennliches, periodisches Wechseln von Bauchweh und Bauchkrämpfen, Bauchmuskelkrämpfe, Trommelbauch</i>
Darm:	Infektionen, Pilze, Hämorrhoiden, Blinddarmoperationen, <i>Blähungen</i> ja / nein, Polypen, Geruch
Stuhlgang:	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:
Niere / Blase:	Zysten, Nierensteine, Entzündungen – häufig, stechen im Rücken – rechts / links, Reizblase, häufige Blasenentzündungen, muss ständig aufs Klo
Harn:	Viel, wenig, häufig, kann Wasser nicht halten, schaumig, Geruch nach: _____

ARME / BEINE / RÜCKEN / HAUT / BEWEGUNGSAPPARAT

Arme:	Verletzungen, <i>Schmerzen</i> , Tennisellenbogen, Schulterprobleme, Kribbeln, kalte Hände, Karpaltunnel-Syndrom, usw.
Beine:	Verletzungen, <i>Schmerzen</i> , Krampfadern, Thrombosegefahr, Operationen, <i>kalte bzw. eiskalte Füße</i> , Kribbeln, Taubheitsgefühl, offene Wunden, Knieprobleme, <i>kalte Kniegelenke</i>
Rücken:	Verspannungen, Rheuma, Schmerzen HWS / BWS / LWS, Hexenschuss, Ischias, Skoliose, Bandscheibenvorfall
Haut / Nägel:	Geschwüre, Hautjucken, Warzen, Pilze, Nagelbettentzündungen, Ekzeme, <i>Akne, Psoriasis (Schuppenflechte), Neurodermitis, Blaufärbung an den Körperenden (Nase, Kinn, Ohrläppchen, Fingerkuppen, Zehenkuppen)</i> , <i>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.) _____
Knochen:	<i>Knochen- und Gelenkschmerzen, Kälte</i> , Osteoporose, häufige Knochenbrüche



Geschäftsbedingungen SophiaMatrix©

Muskulatur: *Geh- und Gangstörungen, ungewöhnliche Zuckungen, unkoordinierte Bewegungen, Spastiken, Muskelschmerzen, Muskeler schlaffungen*

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, Kinns spitze, Ohrläppchen, Fingerkuppen, Zehenkuppen, Zungenspitze, Schädeldach), Atemlähmungen, Muskellähmungen, Schwindel, Taubheitsgefühl, Kribbeln, Zittern*



Geschäftsbedingungen SophiaMatrix©

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