



Anamnese

Der Hildegard Aderlass nach Hildegard von Bingen (Dr. Ewald Töth)

Ein bluthygienisches Verfahren zur Entgiftung, Entsäuerung und Regulation der Körperfunktionen. Der Aderlass bringt geistige Klarheit, mehr Energie und seelisches Wohlbefinden. Durch den Aderlass kommt es zur Erhöhung der Abwehrzellen und der Immunaktivität.

Bitte füll den Fragebogen so gut wie möglich sorgfältig aus. Wir werden Dir aufgrund der Blutschau & Vitaldiagnostik ganzheitliche, gesundheitsfördernde Behandlungsvorschläge geben.

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Adresse	_____	Alter	_____
E-Mail	_____	Gewicht	_____
Telefonnummer	_____	Steuernummer:	_____

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an und ergänzen die Fragestellung.

☐ Ich bin Blutspender. Letzte Blutspende _____ Letzer Aderlass _____

☐ Ich nehme regelmäßig folgende Medikamente ein.

☐ Bei mir wurden folgende Krankheiten diagnostiziert.

☐ Allergien	☐ Verstopfung	Blutdruck	normal	☐
☐ Blähungen / Verdauungsbeschwerden	☐ Durchfälle		nieder	☐
☐ Chronische Schmerzzustände	☐ Ernährungsstörungen		hoch	☐
☐ Menstruationsbeschwerden	☐ Wechseljahrsbeschwerden	Pilzbelastungen	Nägel	☐
☐ Zungenbelag	☐ Hormonstörungen		Genital	☐
☐ Parasiten	☐ Psych. Verstimtheit		Darm	☐
☐ Zankfleischbluten	☐ Osteoporose		Mund	☐
☐ Karies	☐ Arthrose		Haut	☐
☐ Sodbrennen	☐ Energielosigkeit	Finger- /Fußnägel	brüchig	☐
☐ Übersäuerung	☐ Müdigkeit		weiße Flecken	☐
☐ Schuppenbildung	☐ Haarausfall		Rillen	☐
☐ Milleuentgleisungen	☐ Juckreiz	Haut	fettig	☐
☐ Fehlhaltung, Fehlstellung, Wirbelsäulen- Problematiken			trocken	☐
			schuppig	☐
			Akne	☐
			Ekzeme	☐
			Neurodermitis	☐
			Schuppenflechte	☐

Bemerkungen _____



Anamnese

Patienteneinwilligungserklärung

Aderlass nach Hildegard von Bingen (Dr. Töth®)

Ich wurde von der gsundSein Praxis für Gesundheit & Wohlbefinden umfassend über den geplanten Aderlass nach Hildegard von Bingen informiert. Mir sind Ablauf, Zweck und mögliche Risiken bekannt, insbesondere:

- Infektionsrisiken
- Blutdruckabfall, Kreislaufprobleme oder Ohnmacht (Synkope)
- Nachblutungen oder Blutungsstörungen
- Seltene allergische Reaktionen

Ich bestätige, dass ich keine bekannten Gerinnungsstörungen oder akuten Infektionen habe und dass mir der Notfall- und Komplikationsplan erklärt wurde. Ich bin einverstanden, dass die Behandlung nach ärztlicher Verschreibung, oder auf Eigenverantwortung fachgerecht und professionell durch gsundSein durchgeführt und alle Maßnahmen dokumentiert werden. Die ärztl. Verschreibung bewahre ich selbst auf.

Unterschriften

Kundin/Kunde: _____

Behandler/in: _____

Stempel

Datum / Uhrzeit: _____