



## GenoLine Induktionsanalyse - Anforderungsbogen

<i>Kd.-Nr.:</i>
<h1>Muster</h1>

- Erstbefund       Folgebefund
- Männlich       Weiblich       Kind

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Patienten

\_\_\_\_\_  
Geb.Datum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen für GenoLine
--------------------------

### Medikamente:

- Antibiotika       Cortison       Schmerzmittel       Hormone
- Beta-Blocker       Schlafmittel       Narkose       HPV-Impfung
- CT       MRT mit Kontrastmittel

Weitere \_\_\_\_\_

Anforderungsprofile		Anzahl Ampullen (max.)		Bitte ankreuzen ☐
<b>Premium</b>	Auswertung aller Belastungen: Blockaden, Organsysteme, Orthopädie, Parasiten, Metalle, Umwelttoxine, Bakterien, Viren, Pilze, Intestinalerkrankungen und -erreger, Kinderkrankheiten, Erbttoxine, Niere-Blase-Unterleib, Inhalationsallergene, Nahrungsmittel, Mikronährstoff- und Infusionsempfehlung	3	298,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Classic</b>	Auswertung ohne Differenzierung: Blockaden, Organsysteme, Parasiten, Metalle, Umwelttoxine, Bakterien, Viren, Pilze, Intestinal-erkrankungen und -erreger, Niere-Blase-Unterleib, Hauptnahrungsmittel, Mikronährstoff- und Infusionsempfehlung	3	182,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>ADHS-Profil</b>	Auswertung einer spezifischen Auswahl aus den Kategorien: Blockaden, Metalle, Umwelttoxine, Orthopädie, Hauptnahrungsmittel, Nahrungsmittelzusatzstoffe, Mikronährstoffempfehlung	3	120,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Darm-Profil</b>	Auswertung einer spezifischen Auswahl aus den Kategorien: Organsysteme, Parasiten, Quecksilber, Darmbakterien, Darmviren, Hefepilze, Darmmilieu, Hauptnahrungsmittel, Mikronährstoffempfehlung	2	67,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Viren-Borrelien</b>	Herpesviren, Coxsackieviren, EBV, Borrelien, Cofaktoren, Mikronährstoffempfehlung	1	32,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>PBV</b>	Parasiten, Bakterien, Viren	1	75,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>PBV Plus</b>	Parasiten, Bakterien, Viren, Metalle, Umwelttoxine	1	129,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Nahrungsmittel*</b>	Milch, Getreide, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte, Gewürze/ Kräuter, Nüsse, Ei, Fleisch, Fisch, Öle, Essig, Zucker, Getränke, Sonstiges	1	65,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Nahrungsmittel-zusatzstoffe*</b>	Farbstoffe, Konservierungsstoffe, Aromaten, Emulgatoren, Antioxidantien	1	23,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Inhalationsallergene*</b>	Tierhaare, Fasern, Umweltgifte, Pilze, Milben, Kontaktallergene, Pollen	1	48,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Kinderkrankheiten</b>	Auswertung von Kinderkrankheiten	1	11,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Mikronährstoff- und Infusionsempfehlung</b>	Auswertung und Empfehlung verschiedener Mikronährstoffe		48,00 EUR	<input type="checkbox"/>
<b>Therapienosode</b>	Zur Anwendung ist ein GenoLine Induktionsresonanzgerät/ Bioresonanzgerät mit inverser/ inphaser Schwingungsmöglichkeit notwendig. Max. 3 Nosoden - Blockaden, Stabilisierung, Entgiftung - je nach Profil und Befundergebnis. Die Berechnung erfolgt zusätzlich zum Profilpreis.		**Je 11,90 EUR	<input type="checkbox"/>

Alle Preise verstehen sich inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer.

Eine Testung als Folgebefund kann bis max. 6 Monate nach Ersttestung erfolgen. Dies gilt für die Beauftragung des ursprünglichen Profils. Die Berechnung erfolgt in diesem Fall mit 15% Rabatt.

\* Auch für Privatpersonen bestellbar      \*\*zzgl. Porto

**(zzgl. Befundbesprechungs-, Beratungs- und Behandlungskosten des Therapeuten)**

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ist mir bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind. Auch die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen und kann nicht gewährleistet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten gespeichert und elektronisch verarbeitet werden, nicht aber Dritten zugänglich gemacht werden. Mir ist bekannt, dass der Befund elektronisch verschlüsselt an meinen Therapeuten übertragen wird. Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Sperrung der personenbezogenen Daten.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift Patient:** \_\_\_\_\_