



Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

unsere Landesgeschäftsstelle erhält zahlreiche telefonische und schriftliche Anfragen aus der Bevölkerung zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren. Dabei wird auch nach geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten gefragt und um Mitteilung von Adressen geeigneter Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker gebeten. Um diese Anfragen schnell und effektiv beantworten zu können, wird die bestehende Datenbank laufend verbessert und aktualisiert. Neben einem Zugriff auf die Eintragungen, ermöglicht das Programm auch die Eintragung von mehr als 10 Verfahren. Sofern Sie von diesem Mitglieder- und Patientenservice unserer Geschäftsstelle profitieren wollen, bitten wir um Angabe der von Ihnen ausgeübten Diagnose- und Therapieverfahren. Bitte melden Sie auch eventuelle Änderungen. Die Teilnahme an diesem Service ist selbstverständlich freiwillig.

Ab- und Ausleitung / Aschnermethoden	Chiropraktik
Aderlass	Colon-Hydro-Therapie
Akupressur	Colorthherapie (Farblichtbehandlung)
Akupunktmassage (z.B.n.Penzel)	Cranio-Sacral-Therapie
Akupunktur (klassisch)	Darmsanierung
Akupunktur (Schmerztherapie)	Dorn-Wirbelsäulen und Gelenktherapie
Allergietestung und Behandlung	Dunkelfeld-Diagnostik
Anthroposophische Medizin	Edelsteintherapie
Antlitzdiagnose (Pathophysiognomie)	Eigenblutbehandlung homöopathisch
Apitherapie	Eigenharnbehandlung (Eigenurin)
Aromatherapie	EKG
Astrologie	Elektroakupunktur nach Dr. Voll (EAV)
Atemtherapie	Energetische Terminalpunktdiagnose
Augenakupunktur	Entspannungstherapie
Augendiagnose (Irisdiagnose)	Enzymtherapie
Auto-/Nosodentherapie	Ernährungsberatung (Diätetik)
Autogenes Training	Familienaufstellung
Ayurveda-Medizin	Farbakupunktur (z.B. nach Mandel)
Bach-Blütentherapie	Farbtherapie (z.B. nach Heidemann)
Bädertherapie (Balneologie)	Fastenkuren z.B. n. Buchinger/Lützner
Baunscheidt-Behandlung	Faszienbehandlung
Bewegungstherapie	Feldenkrais-Methode
Bindegewebsmassage	Fußreflexzonendiagnostik- u. Therapie
Biochemie (nach Dr. Schüssler)	F-X. Mayr Kur
Bioelektron.-Funktionsdiagnose (BFD)	Gasgemisch-Injektionen (i.m. + i.vasal)
Bioenergetik (nach Alexander Lowen)	Haarmineralanalyse
Biolifting	Hausbesuche
Biologische komplementäre Krebstherapie	Heilmagnetische Behandlung
Bioresonanztherapie	Hildegard-Medizin
Biotensor	Homöopathie (Einzelmittel)
Blutegel-Therapie	Homöopathie (Komplexmittel)
Blutkristallisationstest	Homotoxikologie nach Dr. Reckeweg
Breuß-Massage	Hormontherapie
Cantharidenpflaster	Hydrotherapie
Chinesische Medizin (CM)	Hypnose



	Injektionen/Infusionen		Reflexzonendiagnostik u. Behandlung
	Kinesiologie (Touch for Health)		Reiki
	Kinesiotaping / Taping		Reinkarnationstherapie
	Kirlianfotografie		Rödern
	Kryotherapie (Kältetherapie)		Sanum-Therapie (Isopathische Ther.)
	Labordiagnostik (klinisch)		Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, SMT
	Laser-Therapie		Schädelakupunktur
	Lichttherapie		Schröpfen (blutig, unblutig, Massage)
	Lymphdrainage		Schroth-Kur
	Magnetfeld-Therapie		Shiatsu
	Massagen (klassisch)		Spagyrik
	Moxa-Behandlung (Moxibustion)		Spiralstabilisation nach Dr. Smisek
	Nahrungsmittelunverträglichkeitstest		Suchttherapie
	Nasale Reflexzonentherapie		Sujok-Handakupunktur
	Neuraltherapie nach Huneke		Symbioselenkung
	Neurolinguist.- Programmieren (NLP)		Traditionelle Chinesische Medizin TCM
	Ohrakupunktur		Trancetherapie
	Osteopathie		Tuina-Massage
	Ozon-Sauerstoff-Therapie		VanMann-Akupunktur
	Pendeln		Westliche Kräuter
	Periostmassage		Yoga
	Phytotherapie (Pflanzenheilkunde)		Zungen- und Pulsdiagnose
	Psychoneuroimmunologie		
	Psychotherapie		
	Qigong / TaiChi (bitte markieren !)		
	Radiästhesie		

Bitte markieren Sie die bei Ihnen zutreffenden Diagnose und Therapiearten durch ein Kreuz, im Feld hinter der Kennzahl und ggf. durch zusätzliche Markierung des Therapienamens.

In den freien Feldern können Sie bei Bedarf weitere Diagnose- oder Therapiearten eintragen, die Sie anwenden und die in der Liste noch nicht genannt wurden.

Sofern Sie dies möchten, bitten wir noch um Beantwortung folgender Zusatzfragen:

- Meine durchschnittliche Untersuchungs-/Behandlungsdauer beträgt:

a) Bei der Erstkonsultation _____ Min. b) Bei der Folgekonsultation _____ Min.

- Pro Untersuchung/Behandlung berechne ich im Durchschnitt: _____ EURO.

- Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Termin für Neupatienten beträgt:
_____ Stunden/Tage/Wochen/Monate.

- Ich wäre bereit, eine/n Assistent/in in meiner Praxis aufzunehmen, in Form einer Assistenz/
Hospitantz/ Mitarbeit/ Praxisgemeinschaft, für _____ Stunden/Tage/Wochen/Monate/Jahr/e.

- Die Assistenz ist kostenlos/ wird honoriert / erfolgt nur gegen Gebühr.

- Ich bin damit einverstanden, dass die o.g. Zusatzangaben bei Anfragen von Patienten an diese weitergegeben werden ja / nein. (Bitte die zutreffenden Angaben unterstreichen!)

Praxisstempel, Datum, Unterschrift: (bitte vollständige Praxisanschrift und Mitgliedsnummer)