



**Naturheilpraxis
Nicole Lurz
Heilpraktikerin**

Vielen Dank, dass Sie Ihren Ersttermin
in meiner Praxis vereinbart haben.

Um Ihnen eine bestmögliche Beratung zu
gewährleisten, bitte ich Sie, die
folgenden Unterlagen auszufüllen
und zum Termin unterschrieben
mitzubringen.

Bitte bringen Sie zum Termin vor-
handene Befunde (nicht älter als
12 Monate), Ihren Impfpass und
Ihre Medikamente mit.





Naturheilpraxis
Nicole Lurz
Heilpraktikerin

Platz für Ihre Fragen und / oder Notizen

Einverständniserklärung / Honorarvereinbarung zwischen

Naturheilpraxis Nicole Lurz - Hauptstr. 73 - 69168 Wiesloch- Tel. +49 179 938 32 38

und nachfolgendem Patient:

Vorname

Name

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

Email

Geburtstag

Körpergröße / Gewicht

Beruf

Hausarzt

Gynäkologe/Urologe

Rechnungsempfänger bei Minderjährigen Geburtsdatum Rechnungsempfänger

Wie sind Sie versichert?

☐ gesetzlich (AOK, DAK, etc..) ☐ private Zusatzversicherung Kasse:_____

☐ Beihilfe (Welche?) ☐ private Vollversicherung ☐ Postbeamten Kasse:_____

Kommunikation: ☐ Newsletter per email ☐ Falls sie eine Rechnung zur Einreichung bei Ihrer privaten Kasse nach GebüH brauchen, werde ich ihnen diese per email selbstverständlich zu senden.

Liebe Patienten,

die Gebührenberechnung unserer Behandlungen orientiert sich an den Sätzen des Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH). Diese stammt aus dem Jahr 1985 und ist jedoch nicht bindend, sondern kann nur als Anhalt gesehen werden.

Eine Abrechnung mit **gesetzlichen Versicherungen** ist nicht möglich. Patienten, die keine private Kranken-, bzw. Zusatzversicherung abgeschlossen haben, müssen die Behandlungskosten selbst übernehmen.

Erbrachte Leistungen werden direkt **bar, oder per EC-Karte** kassiert. Patienten, die bei einer **Zusatzversicherung, Beihilfe** oder **PKV** versichert sind, bekommen im Anschluss per mail ihre Rechnung zum Einreichen zu gesendet. Alle anderen erhalten eine Quittung vor Ort. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Das ausführliche Erstanamnesegespräch dauert zwischen 60 – 90 min und wird für Selbstzahler pauschal mit **180 EUR** (inkl. Vor- und Nachbearbeitung) berechnet. Falls sie einen Termin in der **Hormonsprechstunde** vereinbart haben, dann beläuft sich mein Honorar auf **120 EUR**. Für Folgetermine werden **pro angefangene 15 min 30 EUR** berechnet. Weitere Kostensätze liegen in der Praxis aus oder können sie sich runterladen.

Patienten die privat krankenversichert sind, haben die Möglichkeit zumindest **einen Teil der Behandlungskosten** bei Ihrer Versicherung erstattet zu bekommen. Das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker liegt zur Einsicht aus.

Trotz der allgemeinen Leistungszusage für Heilpraktikerbehandlungen, muss man die Erstattungspraxis der Versicherungen jedoch relativieren. Viele Versicherungen verweigern die Erstattung mit dem Hinweis, dass es sich um so genannte wissenschaftlich nicht anerkannte Methoden und/oder medizinisch nicht notwendige Maßnahmen handelt.

Auch bisher erstattet Leistungen (z.B. Kombinationen verschiedener Therapien) werden zunehmend restriktiv aus der Erstattung gestrichen. Aus diesen Gründen weisen wir darauf hin, dass eine Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung/Beihilfe evtl. nicht oder nur teilweise zu erwarten ist. Erfahrungsgemäß werden zwischen 30-70% der abgerechneten Ziffern erstattet. Für Behandlungen, die **NICHT** im Leistungskatalog Ihrer Versicherung enthalten sind bzw. als „medizinisch nicht notwendige Maßnahme“ oder „wissenschaftlich nicht anerkannte Methoden“ deklariert werden, müssen Sie selbst aufkommen.

Bedenken Sie bitte auch, dass die Erstattungssätze der privaten Krankenversicherung nach der in der Schulmedizin üblichen „Minutenmedizin“ kalkuliert sind und in den meisten Fällen nur wenige Minuten entsprechen. Sie sind nicht mit dem meist deutlich höheren Zeitaufwand in einer Naturheilpraxis vergleichbar. Diese, in der Naturheilpraxis intensivere Zuwendung, wird von den Versicherungen nicht honoriert.

Wir werden Sie vor Behandlungsbeginn auf Rückfrage im Rahmen unserer Möglichkeiten über die für Sie entstehenden Kosten aufklären.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir aus rechtlichen Gründen eine abgerechnete Behandlung nicht mehr ändern können. Falls Sie Fragen zur Rechnungsstellung haben, sprechen Sie uns bitte **vorher** an.

Mir ist bekannt, dass ich, sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diese **48 Stunden** vorher absagen muss. Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldigt nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in Rechnung gestellt werden; es sei denn, wir konnten die entstandene Terminlücke schließen.

Wir bitten Sie daher vereinbarte Termine ein zu halten.

Die o.g. Hinweise habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Zusätzliche Vereinbarungen ergeben sich aus dem Behandlungsgespräch und erhalten somit Geltung.

Ich bin damit einverstanden, dass ich die vom Arzt verschriebenen Medikamente nur mit dessen Absprache absetze. Bei eigenmächtigem Absetzen von ärztlichen Medikamenten übernehme ich (der Patient) die volle Verantwortung.

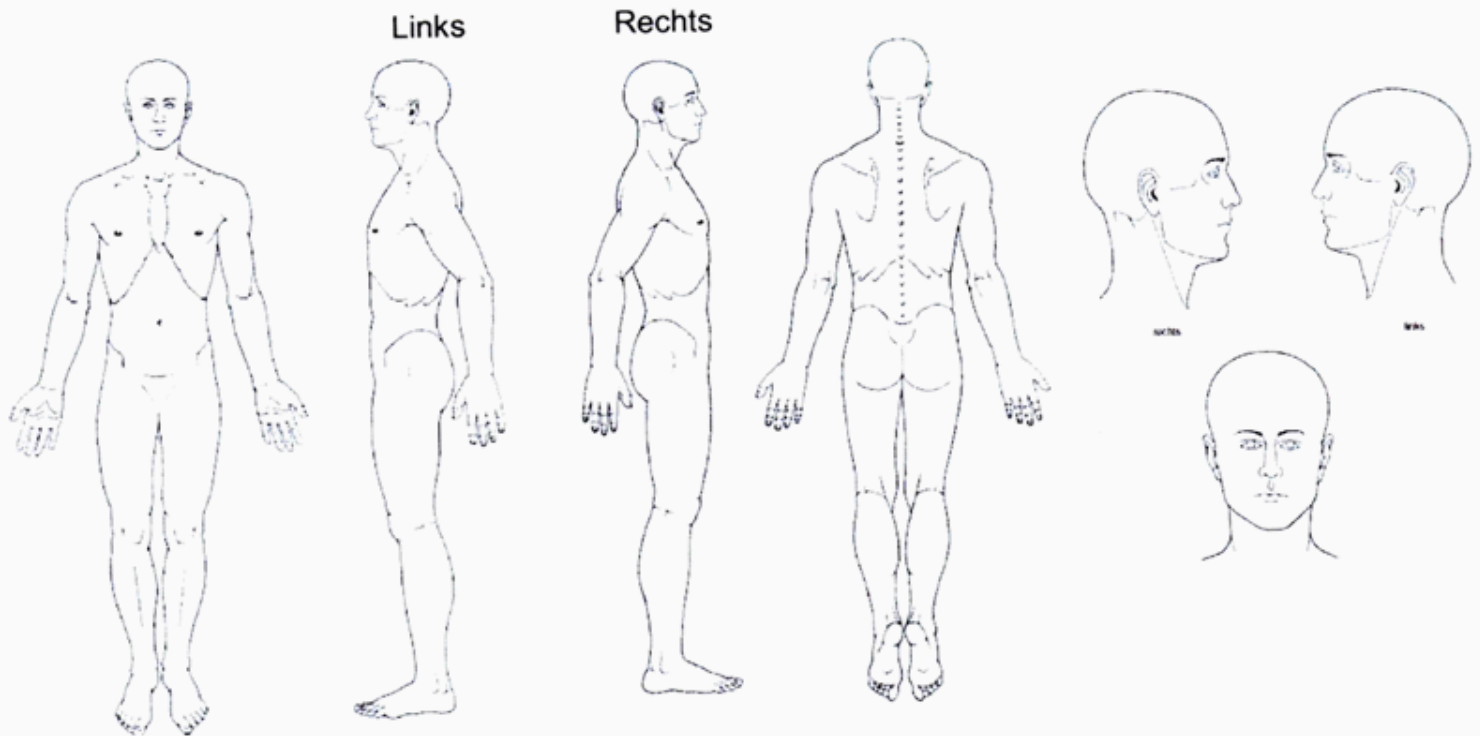
Wenn Sie damit einverstanden sind, freue ich mich auf eine gute Zusammenarbeit.

Datum, _____ Unterschrift _____
(des Patienten / Erziehungsberechtigten)

Akute Beschwerden

An welche Körperstellen haben Sie akute Beschwerden?

Einfach intuitiv markieren.



Unter welchen akuten Beschwerden leiden Sie und seit wann?

Ordnen Sie die Beschwerden nach Ihrer Wichtigkeit.

Geben Sie den Zeitraum und die Intensität der Beschwerden auf einer Skala von 0 bis 10 an.

- 1)..... seit: Intensität:.....
- 2)..... seit: Intensität:.....
- 3)..... seit: Intensität:.....
- 4)..... seit: Intensität:.....
- 5)..... seit: Intensität:.....
- 6)..... seit: Intensität:.....
- 7)..... seit: Intensität:.....
- 8)..... seit: Intensität:.....

Was war unmittelbar vor dem ersten Auftreten Ihrer jetzigen Beschwerden?

Eine Erkrankung
Kummer
Trauer
Schreck

☐
☐
☐
☐

Operationen
Hautausschläge
Impfungen
andere:

☐
☐
☐
☐

Welche Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie zurzeit ein?

-> Bitte Medikamente zum Termin mitbringen

Welche Behandlungen haben Sie gegen die Beschwerden bereits bekommen?

Welche Ärzte, Kliniken, Heilpraktiker haben Sie bislang aufgesucht?

Wie war der Erfolg?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ☐ sehr schlecht

Was erwarten Sie von meiner Behandlung?



Krankengeschichte

Chronologische Krankengeschichte:

Bitte erfassen Sie alle bisherigen Erkrankungen und Operationen, die Sie durchgemacht haben - ggf. auf einem separaten Blatt.

Welche Infektionskrankheiten haben Sie durchgemacht?

Masern ☐
Mumps ☐
Röteln ☐
Keuchhusten ☐
Windpocken ☐
Coroana ☐

Scharlach ☐
Tetanus ☐
Kinderlähmung ☐
Malaria ☐
Salmonellose ☐
Ruhr ☐

Syphilis ☐
Pfeifferisches Drüsenfieber ☐
Gonorrhoe (Tripper) ☐
Tropenkrankheiten ☐
Tuberkulose ☐
sonstige: ☐

Wurden diese Erkrankungen oder andere schon einmal mit Antibiotika behandelt?

Ja ☐ Nein ☐

☐

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt?

Krebs ☐
Tuberkulose ☐
Geisteskrankheiten ☐
Epilepsie ☐
Herzkrankheiten ☐

Gefäßerkrankungen ☐
Schlaganfall ☐
Asthma ☐
Diabetes ☐
Rheumatismus ☐
Steinkrankheiten ☐

Multiple Sklerose ☐
Gicht ☐
Allergien ☐
Schuppenflechte ☐
Neurodermitis ☐
andere: ☐

Welche Impfungen haben Sie bekommen?

Röteln ☐
Polio ☐
Diphtherie ☐
Gelbfieber ☐
Tetanus ☐
Hepatitis ☐
Corona ☐

HIB ☐
Pocken ☐
Keuchhusten ☐
Grippe ☐
Masern ☐
Mumps ☐
andere: ☐

Gab es Reaktionen auf Impfungen?

Fieber ☐
Krämpfe ☐
Unruhe ☐
Schlaflosigkeit ☐
Verhaltensveränderungen ☐
Energienmangel ☐
Entzündungen ☐

Haben Sie Narben von Operationen?

☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie oft unter Erkältungskrankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Allgemeine Symptome

- ☐ mangelnde Konzentration
☐ Ich bin müde und erschöpft
☐ Ich bin verstärkt reizbar
☐ Ich habe Ängste/Schuld-
 gefühle/Konflikte

- ☐ Ich schwitze sehr schnell
☐ Ich schwitze in der Nacht
 An welchem Körperteil?

- ☐ Kalter Schweiß
☐ Warmer Schweiß

- Ich friere sehr schnell
☐ kalte Hände ☐ kalte Füße

Wie belastbar und leistungsfähig
 fühlen Sie sich?

- ☐ sehr belastbar
☐ mäßig belastbar
☐ gar nicht belastbar

Lebensstil

Wie ist Ihr Schlaf?

- ☐ Schlaflosigkeit
☐ Häufiges Erwachen, um wieviel Uhr: _____
☐ Nächtliches Wasserlassen. Wie oft, _____
☐ Schwierigkeiten beim Einschlafen
☐ Unruhe in den Beinen

- ☐ Sprechen im Schlaf
☐ Nachtschweiß
☐ Heiße Füße
☐ Zähneknirschen
☐ Lebhaftige Träume
☐ Können Sie sich an Träume erinnern?

Wieviel Liter trinken Sie täglich?

- ☐ unter 500 ml
☐ ca. 1 - 2 Liter
- ☐ unter 1 Liter
☐ über 2 Liter

Was trinken Sie?

- ☐ Wasser ohne Kohlensäure
☐ Wasser mit Kohlensäure
☐ Fruchtsäfte
- ☐ Softtrinks
☐ Kaffee ☐ Tee ☐ Milch
☐ Bier, wieviel? ☐ Wein

Rauchen Sie?

- ☐ Ja, wie viele am Tag?

Konsumieren Sie Aufputschmittel oder Drogen?

- ☐ Ja, Was genau und wieviel? _____

Bewegung

Machen Sie regelmäßig Sport? ☐ ja ☐ nein

Was:

Und wie häufig in der Woche:

Auf wie viele Schritte kommen Sie am Tag?

Ernährung

Wie ernähren Sie sich?

- ☐ Mischköstler
☐ Vegetarisch
☐ Vegan

Haben Sie Unverträglichkeiten:

- ☐ Gluten
☐ Milch
☐ Ei
☐ sonstige:

Kopf

Leiden Sie unter Kopfschmerzen?

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|
| ☐ häufig | ☐ selten | ☐ nie |
| ☐ Stirn-Augen-Schlafenregion | | |
| ☐ Hinterhauptregion | | |
| ☐ morgens | ☐ abends | |
| ☐ halbseitig | ☐ doppelseitig | |
| ☐ links | ☐ rechts | |
| ☐ wandern von links nach rechts | | |
| ☐ wandern von rechts nach links | | |

Auslöser der Kopfschmerzen

Was verbessert:

Was verschlechtert:

Leiden Sie unter Haarausfall?

- | |
|---|
| ☐ Ja, seit: _____ |
| ☐ kreisrunder Haarausfall |
| ☐ vereinzelter Haarausfall |

AUGEN

- | |
|---|
| ☐ Bindehautentzündung |
| ☐ Kurzsichtig ☐ weitsichtig |
| ☐ Sonstige Beschwerden |
| ☐ Brille seit: _____ |

NASE

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ Operationen | ☐ Heuschnupfen |
| ☐ Nasennebenhöhlenentzündung | |
| ☐ Behinderte Nasenatmung | |
| ☐ Nase verstopft | |
| ☐ Absonderungen: | |
| ☐ Wässrig | ☐ schleimig |
| ☐ Eitrig | ☐ grünlich |
| ☐ Allergie auf: | |

OHREN

- | |
|--|
| ☐ Schmerzen links |
| ☐ Schmerzen rechts |
| ☐ Beidseitig |
| ☐ Mittelohrentzündung |
| ☐ Schwerhörig |
| ☐ Ohrengeräusche |
| ☐ Ohrendruck |

MANDELN

- | |
|---|
| ☐ Operation |
| ☐ Häufige Mandelentzündungen |
| ☐ Als Kind |
| ☐ Heute |

SCHILDDRÜSE

- | | |
|---------------------------------------|--|
| ☐ Überfunktion | ☐ Unterfunktion |
| ☐ Vergrößerung | ☐ Operation |
| ☐ Hashimoto | |

Zähne/Kiefer

Zahnerkrankungen und Zahnwerkstoffe können sich auf die Gesundheit des gesamten Körpers auswirken.

- | |
|--|
| ☐ Erschwerter Durchbruch der Weisheitszähne |
| ☐ Wurzelbehandelte Zähne |
| ☐ Tote Zähne |
| ☐ Empfindliche Zähne auf |
| ☐ heiß ☐ kalt |
| ☐ Parodontose / Parodontitis |
| ☐ Wurden bei Ihnen Amalgamfüllungen entfernt? |
| ☐ ja ☐ nein |

Zahnfüllmaterialien:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Amalgam | ☐ Gold |
| ☐ Titan | ☐ Kunststoff |
| ☐ Keramik | ☐ Palladium |
| ☐ Implantate | |

Kiefergelenke:

- | |
|---|
| ☐ Schmerzen |
| ☐ Geräusche beim Kauen |
| ☐ Blockaden |
| ☐ Zähneknirschen |

Körper und Organfunktionen

BRUSTDRÜSE

- ☐ Beschwerden
- ☐ Operation

HERZ

- ☐ Beschwerden
- ☐ Stechen
- ☐ Druckgefühl
- ☐ Infarkt
- ☐ Beklemmung
- ☐ Rythmusstörung

RÜCKEN

- ☐ Schmerzen
- ☐ Beweglichkeit
- ☐ Hexenschuss
- ☐ Ischias
- ☐ Skoliose
- ☐ Verspannung
- ☐ Myogelosen

LUNGE

- ☐ Bronchitis
- ☐ Häufig Husten
- ☐ Atemnot
- ☐ Asthma

STUHLGANG

- ☐ täglich
- ☐ jeden 2. Tag
- ☐ unregelmäßig
- ☐ riecht nach
- ☐ Neigung zu Verstopfung
- ☐ Neigung zu Durchfall
- Konsistenz des Stuhls:
 - ☐ Hell ☐ Dunkel
 - ☐ Übelriechend ☐ Weich
 - ☐ Hart ☐ Knollig
 - ☐ Schmierig ☐ Pastenartig
 - ☐ Kann Stuhl nicht halten
 - ☐ Gefühl nicht fertig zu werden

BEINE

- ☐ Schmerzen
- ☐ Krampfadern
- ☐ Operationen
- ☐ Verletzungen
- ☐ Kalte Füße
- ☐ Kribbeln
- ☐ Taubheitsgefühl

NIERE/BLASE

- ☐ Nierensteine
- ☐ Entzündungen
- ☐ häufig:_____

GALLE

- ☐ Steine
- ☐ Koliken
- ☐ Operation
- ☐ Druck im Oberbauch
- ☐ Fettunverträglichkeit

DARM

- ☐ Infektionen
- ☐ Hämorrhoiden
- ☐ Blinddarm OP
- ☐ Blähungen
- ☐ Reizdarm
- ☐ chr. Darmerkrankung
- ☐ Polypen
- ☐ Divertikel
- ☐ Verwachsungen

MAGEN

- ☐ Völlegefühl
- ☐ Gastritis
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Sodbrennen

ARME

- ☐ Verletzungen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tennisellenbogen
- ☐ Kribbeln
- ☐ Kalte Hände

HAUT/Nägel

- ☐ Verbrennungen
- ☐ Narben
- ☐ Geschwüre
- ☐ Hautjucken
- ☐ Warzen
- ☐ Pilze
- ☐ Eingewachsene Nägel
- ☐ Nagelbettentzündung
- ☐ Allergie auf:

Gynäkologischer Bereich / urologischer Bereich

FRAU

Ausfluss:

- ☐ Keinen ☐ stark
- ☐ Weiß ☐ gelb
- ☐ Wundmachend
- ☐ Färbt die Wäsche
- ☐ Schmerzen

- ☐ Eierstockentzündung
- ☐ Ausschabungen
- ☐ Fehlgeburten
- ☐ Geburten / wie viele:.....
- ☐ Abtreibungen
- ☐ Tumore
- ☐ Zysten
- ☐ Myome
- ☐ Geschlechtskrankheiten
- ☐ Sterilisation

Verhütungsmaßnahmen

- ☐ Antibabypille
- ☐ Spirale
- ☐ Hormonspritze
- ☐ Wann war die erste Menses?

Wann die letzte?

- Blutungen sind:
 - ☐ hell
 - ☐ dunkel
 - ☐ klumpig
 - ☐ braun
 - ☐ regelmäßig
 - ☐ unregelmäßig

MANN

Prostata

- ☐ vergrößert
- ☐ Entzündungen
- ☐ Beschwerden beim Wasserlassen

☐ Geschlechtskrankheiten

- ☐ Sterilisation
- ☐ Erektionsprobleme

SEXUALITÄT

- ☐ Vermindert
- ☐ Verstärkt
- ☐ Unbefriedigt
- ☐ Beschwerden beim Geschlechtsverkehr

Da wir in unserer Praxis nach einem Bestellsystem arbeiten, werden die vereinbarten Termine ausdrücklich für Sie freigehalten. Wir bitten Sie daher, die Termine unbedingt einzuhalten oder rechtzeitig, mindestens 48 Std. vorher abzusagen, damit wir diese Zeit ggf. anderweitig verplanen können. Sollte dies nicht rechtzeitig geschehen, sind wir im Sinne des § 615 BGB berechtigt, ein Ausfallhonorar in Rechnung zu stellen.

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben.

Wiesloch, den

Patient(in)

Name : Beruf:

Alter: Gewicht: Größe: Kinder: Kinderwunsch:

F: M:

Symptome innerhalb der letzten 6 Monate:

1- hin und wieder; 2-öfter, regelmäßig in Phasen; 3-wesentliches Problem, sehr stark

	1	2	3
Nahrungsunverträglichkeiten/Allergien			
Übelkeit / Brechreiz			
Sexuelle Lustlosigkeit			
Probleme beim Wasserlassen			
Schwindel			
Kribbeln/Taubheit in Armen/Beinen			
Nervosität, innere Unruhe			
Zittern der Hände			
Launen, Überreaktion			
Ängste			
Bluthochdruck			
unerklärliche Gewichtsabnahme			
Rücken-, Gelenkschmerzen			
Infekt-Anfälligkeit			
Geräuschempfindlichkeit			
lähmende Müdigkeit			
unerklärliche Erschöpfung			
trockenes Haar			
Verstopfung			
Halskratzen, -entzündung			
zu lange Blutung			
Menstruationskrämpfe			
verstärkte Gesichtsbehaarung			
Brustspannen			
Magenschmerzen			

	1	2	3
Blasenschwäche			
starkes Schwitzen			
Kopfweh / Migräne			
Kloßgefühl/Druck im Hals			
Durchfall			
Tinnitus, Ohrensausen			
Herzrasen, Herzstechen			
Schwellungen			
Panikgefühle			
Einschlafprobleme			
Vergesslichkeit			
Durchschlafprobleme			
Lichtempfindlichkeit			
Depressionen			
Muskelschwäche			
unerklärliche Gewichtszunahme			
Haarausfall			
Bindehautentzündung			
Ausbleiben der Regel			
extreme Regelblutung			
Überempfindlichkeit in der Scheide			
Stress-Überempfindlichkeit			
Hitzewallungen			
Zyklusprobleme			
Cholesterin > 200			

Ich bin betroffen gewesen von:

1- im letzten Jahr; 2- länger als ein Jahr her

	1	2
Prostata Vergrößerung		
Herzinfarkt		
Verdacht auf Alzheimer/Demenz		
Krebs in		
seelischem Stress		
ich bin Raucher		
wenig Bewegung		
ADS-Verdacht		
Osteoporose		
Asthma		
Schilddrüsen OP		
Endometriose		
CFS chron. Müdigkeits-Syndrom		
Ebstein-Barr-Virus		
Borreliose		
Hashimoto		
Multiple Sklerose MS		

	1	2
Parkinson		
Gelenk Rheuma		
Fibromyalgie		
Allergie		
Darmentzündung		
Diabetis		
Pflege von kranken Angehörigen		
Traumatische Erfahrungen		
Magersucht		
Bulimie		
Eierstock-Entfernung 1 oder 2		
Schwangerschafts-Abgänge		
Eierstock-Zysten		
Brust-Zysten		
Myome		
Gallen-OP		
Brust-OP		

	1	2
Hormonspritze		
Mirena-Spirale		
Kupferspirale		
Pille (.....)		
Hormonring		

	1	2
Hormon-Stäbchen (Implantat)		
Sterilisation		
Portiokappe		
Symptothermalmethode (Temperatur) aufpassen		

Datenschutzrechtliche Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit erteile ich

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

meine Einwilligung in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten im Zusammenhang mit meiner
Behandlung in der Praxis der datenschutzrechtlich verantwortlichen Heilpraktikerin:

Naturheilpraxis Nicole Lurz - Hauptstr. 73. - 69168 Wiesloch- Tel. +49 179 938 32 38

Hiermit bestätige ich Folgendes:

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der medizinischen Behandlung (Anamnese, Befunderhebung, Diagnose, Therapie, Nachsorge etc.) sowie aufgrund des zugrunde liegenden Behandlungsvertrags erforderlich ist.
- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Einwilligung die Verarbeitung sensibler Daten (Gesundheitsdaten) umfasst.
- Die zur sachgerechten Information erforderlichen Angaben habe ich vor der Datenerhebung von der verantwortlichen Person mitgeteilt bekommen.
- Meine Einwilligung erfolgt freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, diese Einwilligung zu erteilen. Erteile ich diese Einwilligung nicht, entstehen mir hierdurch keine Nachteile. Ohne Einwilligung kann jedoch grundsätzlich keine Behandlung durch den Verantwortlichen erfolgen.
- Den Inhalt der abgedruckten Widerrufsbelehrung habe ich vor Erteilung der Einwilligung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum Unterschrift der/des Patientin/Patienten

Widerrufsbelehrung

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Gesetzliche Erlaubnistatbestände bleiben von einem Widerruf der Einwilligung unberührt. Im Falle des Widerrufs ist eine Fortsetzung der Behandlung durch den Verantwortlichen grundsätzlich nicht mehr möglich.

Die Einwilligung kann mündlich oder schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

Naturheilpraxis Nicole Lurz - Hauptstr. 73 - 69168 Wiesloch- Tel. +49 179 938 32 38

PREISLISTE AB 01.08.2025

	NORMALPREIS *	HAUSHALTSEINKOMMEN UNTER 2000 EUR*	HAUSHALTSEINKOMMEN UNTER 1200 EUR*
Regenerationsanalyse (1. Termin) (90-120 Min)	290 EUR	220 EUR	180 EUR
Erstanamnese Kinder bis 12 Jahre (60 Min)	120 EUR	90 EUR	70 EUR
Regenerationsanalyse für Kinderwunsch- Paare (120 -180 Min)	390 EUR	390 EUR	390 EUR
Hormonsprechstunde/ Folgeanamnese (60 Min) Erwachsene	120 EUR	100 EUR	80 EUR
Bioresonanztermin (30-45 min) innerhalb von 6 Wochen	60-90 EUR	50-70 EUR	40-60 EUR
Kurztermin/Akuttermin (30 Min)	60 EUR	50 EUR	40 EUR
Beratung zwischendurch und andere Leistungen (je angefangene 15 Min)	30 EUR	25 EUR	20 EUR

*(Privatversicherte und
Haushaltseinkommen
ab 2000 EUR Netto + 200
EUR pro Kind)

* Netto + 200 EUR pro
Kind (außer
Privatversicherte)

* Netto + 200 EUR pro
Kind (außer
Privatversicherte)