

Praxisinhaberin oder Praxisinhaber

Familienname	Vorname	
Praxisanschrift	PLZ Wohnort	
Telefonnummer	Mobilfunknummer	E-Mail-Adresse

Erklärung:

- Ich führe **keine** invasiven Methoden, Therapien, Maßnahmen durch.
(kein Eingriff in den menschlichen Körper, zum Beispiel durch Einstiche oder Schnitte)
- Ich biete folgende invasiven Methoden, Therapien, Maßnahmen an.

A) Blutentnahmen/Spritzen/Injektionen/Akupunktur

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Injektionen | <input type="checkbox"/> Infusionen |
| <input type="checkbox"/> Neuraltherapie | <input type="checkbox"/> Faltenunterspritzung |
| <input type="checkbox"/> klassische Eigenblutbehandlung | <input type="checkbox"/> Thymustherapie, Zelltherapie |
| <input type="checkbox"/> hämatogene Oxidationstherapie | <input type="checkbox"/> Akupunktur |
| <input type="checkbox"/> Moxibustion | |
| <input type="checkbox"/> sonstige Eigenblutbehandlungen,
Blutozonierungs- oder oxygenierungsverfahren: | |

B) Ausleitverfahren

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adererlass | <input type="checkbox"/> Blutegeltherapie |
| <input type="checkbox"/> unblutiges Schröpfen | <input type="checkbox"/> blutiges Schröpfen |
| <input type="checkbox"/> Baunscheidttherapie | <input type="checkbox"/> sonstige: |

C) Weitere Therapieverfahren/Maßnahmen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Piercing | <input type="checkbox"/> Kolonhydrotherapie |
| <input type="checkbox"/> Balneotherapie | |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Tätowierungen, Altersflecken und Warzen,
zum Beispiel mit Laser- oder IPL-Technik | |
| <input type="checkbox"/> Entfernung von Teleangiektasien durch Koagulation/Laserepilation | |

D) Sonstige Therapien/Maßnahmen

Ort und Datum	Unterschrift
---------------	--------------