

Einverständniserklärung der Klienten/-innen

Wesentlicher und wichtiger Hinweis für Sie als Klient/ Klientin zur bevorstehenden Arbeit.

In den Sitzungen werden energetische Blockaden gelöst und emotionale, körpereigene Energien ausgeglichen. Der Körper wird mittels unten angeführter Methoden/ Techniken in sein energetisches Gleichgewicht gebracht. Es werden weder Diagnosen im schulmedizinischen Sinne gestellt noch Krankheiten behandelt oder getestet. Es wird empfohlen bei entsprechender Indikation ärztliche Hilfeleistung in Anspruch zu nehmen.

Methoden/ Techniken die von mir angewendet werden:

.....
.....
.....

Bitte in Druckschrift ausfüllen:

Vorname des Klienten: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj): _____ Telefonnummer: _____

Straße, Hnr./ Stg/ Top _____

PLZ/ Ort: _____ / _____

Mailadresse: _____

Einverständniserklärung der Eltern bei Minderjährigen (der/ die Erziehungsberechtigte):

Vorname: _____ Nachname: _____

Ich wurde entsprechend aufgeklärt. Mit der Unterschrift gibt der Klient/ die Klientin das Einverständnis zur Betreuung auf Basis der oben angeführten Methoden/ Techniken.

Ort, Datum:

Unterschrift Klient/-in:
