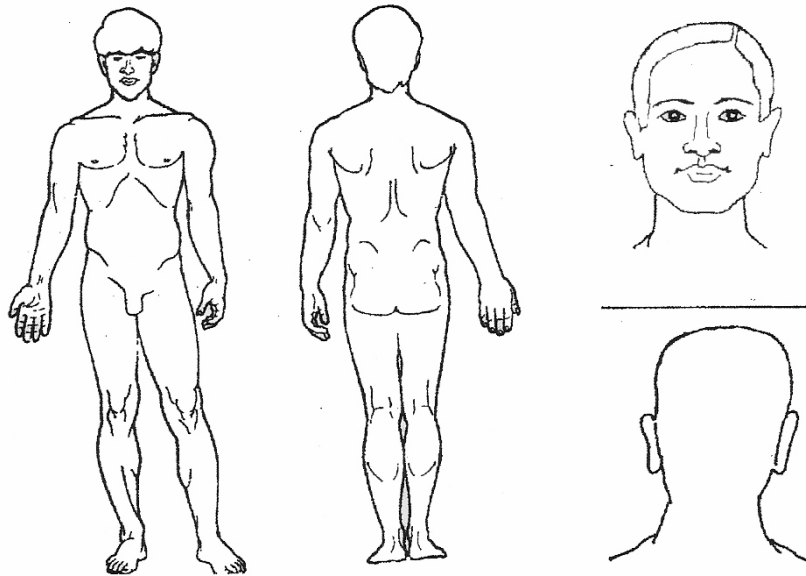


Auftrag zur Energiearbeit

Name:	Vorname:		fam.Stand:
Straße/Nr:	PLZ:	Ort:	
Tel. privat:	mobil.:		Geburtsdatum:
E-Mail:			Anzahl Schwangerschaften:
gelernter Beruf:			Hobbys: _____ _____ _____ _____
z.Z. ausgeübter Beruf:			
Kinder (Name, Geb.datum, gem.Haushalt ja/nein): _____ _____ _____			
Ich nehme folgende Medikamente/Präparate regelmäßig ein:			
<input type="checkbox"/> Blutdrucksenker <input type="checkbox"/> Hormone <input type="checkbox"/> beta-Blocker <input type="checkbox"/> Cortison <input type="checkbox"/> Blutverdünnungsmittel <input type="checkbox"/> Schmerzmittel <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ _____ Genußmittel/ Drogen: <input type="checkbox"/> Tabak <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Nahrungsergänzung: _____ _____ _____ _____ _____	
Ich leide an folgenden Krankheiten:			
<input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Allergie gegen _____ _____		
Folgende Beschwerden belasten mich:			

Bitte zeichnen Sie Ihre körperlichen Beschwerden ein:



Was erwarten/erhoffen Sie sich von der energetischen Begleitung? Ziel?

Es geht hier nicht um medizinisch wissenschaftliche Diagnostik und Behandlung, dafür suchen Sie bitte Ihren Arzt auf.

Es wird ausschließlich energetisch gearbeitet was wissenschaftlich nicht anerkannt ist. Die Behandlung stützt sich auf einen ganzheitlichen Ansatz und verfolgt das Ziel der ursächlichen Gesundheit im Sinne eines energetischen Ausgleichs wobei der Erfolg nicht garantiert werden kann. Erreicht werden soll auch eine Veränderung der Einstellung zu den Beschwerden und zum Lebensstil, die Wiederherstellung bzw. Steigerung der Lebensfreude und eine verantwortliche Einstellung zum eigenen Selbst (Körper, Geist und Seele).

Die Behandlung umfasst Kinesiologische Techniken, Anwendung energetischer Präparate, Nahrungsergänzung sowie Magnet Akupunktur.

Ich habe das oben gelesene zur Kenntnis genommen und erkläre mich mit der Behandlung einverstanden.

Datum

Unterschrift