

ERKLÄRUNG

Angaben zum Klienten/ zur Klientin:

Name

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

Mail

Vor Beginn der energetischen Anwendung bin ich über folgende Punkte informiert worden:

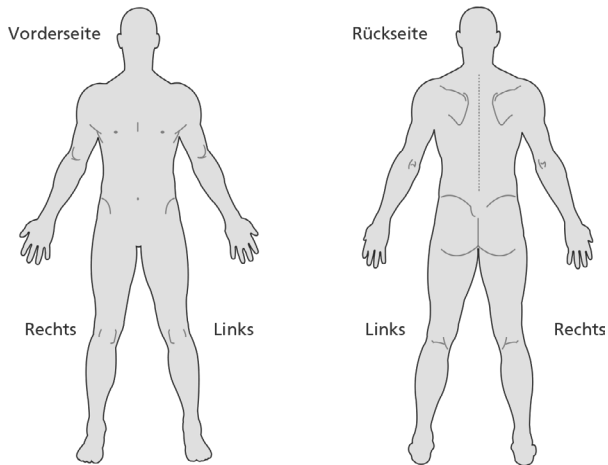
- Jede Art von energetischer Behandlung ist eine ganzheitliche Vorgehensweise und dient der **Entspannung, Harmonisierung und Optimierung** des körperlichen, energetischen und mentalen Gleichgewichts. Mit verschiedenen Techniken kann man den Körper dabei unterstützen sich zu entspannen, Blockaden zu lösen, die Lebensenergie wieder in Fluss zu bringen, Kommunikationswege im Körper wieder herzustellen und den Informationsaustausch zu verbessern. Dies dient der Regeneration und unterstützt die Selbstheilung, was zu einer Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens führt.
- Eine energetische Anwendung stellt **keine Heilbehandlung** dar und ist **keinerlei Ersatz für eine ärztliche Diagnose und Behandlung!** Weiteres werden keine Medikamente verschrieben und keine Empfehlungen über medikamentöse Behandlungen gegeben. Bei diesbezüglichen Fragen und im Falle von Schmerzen, Krankheiten, Unwohlsein oder anderen Beschwerden, ist mir ausdrücklich geraten worden einen Arzt aufzusuchen.
- Die Durchführung und Fortführung einer energetischen Anwendung hängt allein von meiner **freiwilligen** Zustimmung ab. Ich kann diese jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden. Für mein Wohlergehen (ebenso für das meines Kindes) bin ich selbst verantwortlich. Fragen oder Besorgnis teile ich umgehend der Anwenderin mit.
- Ich bin einverstanden, das Honorar für die Sitzung laut Aushang zu bezahlen und verstehe, dass ein **Folgetermin** eine Empfehlung ist, ich aber selber darüber entscheide, ob ich diesen wahrnehmen will.
- Da ein **Termin** für mich freigehalten wird, weiß ich, dass ich bei einer Absage innerhalb von weniger als 24 Stunden oder bei Nichterscheinen die vereinbarte Sitzung trotzdem zu zahlen haben.
- **Pünktlichkeit** ist ein gegenseitiger Aspekt der Wertschätzung. Bei Verspätungen ab 10 Minuten obliegt es der Anwenderin, ob der Termin noch eingehalten werden kann oder nicht.
- Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass ein schriftliches Sitzungsprotokoll geführt wird. Die Anwenderin unterliegt nicht der Schweigepflicht, dennoch werden alle Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich bin mit der Zusendung von Informationen mittels email einverstanden. (Absatz streichen wenn nicht erwünscht.)

Ort, Datum

Unterschrift KlientIn (gesetzliche Vertretung)

AUFNAHME

Beschreiben Sie das Problem/ das Thema, wofür Sie Unterstützung wünschen.
Seit wann beschäftigt es Sie? Sind sie in einem Bereich ihres Lebens dadurch eingeschränkt?



Bitte zeichnen Sie die Gegenden auf den Körperdiagrammen an, an denen Sie Unwohlsein empfinden und beschreiben Sie das Ausmaß auf einer Skala von 1-10:

1 Leichtes Bewusstsein von Unwohlsein – verstärkte Wahrnehmung des Bereichs. **2-3** Bewusstsein des Unwohlseins als Beschwerde. **4-6** Ziemlich starker Schmerz, Sie sind körperlich weiterhin funktionsfähig. **7-9** So starker Schmerz, dass Sie erheblichen Einschränkungen unterworfen sind. **10** Sie haben das Gefühl ein Notfall zu sein.

_____ ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

_____ ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

_____ ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

_____ ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

Bitte nennen Sie ggf. andere Anwender der Gesundheitsfürsorge, die Sie wegen der beschriebenen Probleme aufsuchen:

_____ Nehmen Sie momentan Medikamente oder weitere Mittel ein? (Nahrungsergänzungsmittel, Verhütungsmittel,...)

_____ Vergangene Geschichte medizinischer Behandlungen (Unfälle, Verletzungen, Operationen,...) mit Zeitpunkt:

_____ Haben Sie ein Kind/ Kinder geboren? (Anzahl Geburten/ Geburtsjahr)

_____ Haben Sie Piercings / Tätowierungen? Wenn ja, wo?

Sind Sie regelmäßigem Stress ausgesetzt? Ja? Nein?

Wenn ja: Familiär? In der Arbeit? Finanziell? Partnerschaftlich? Sonstiges:

Wie viel Zeit haben Sie um sich zu entspannen und was ist Entspannung für Sie?
(z.B.: Hobbys, Sport, Musik, Natur, Meditation, Yoga, Earthing, Fernsehen, Baden, Lesen, Freunde,...)

_____ Sind sie sportlich tätig? Falls ja, wie oft und was trainieren Sie?

Schlaf Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

Ist ihr Schlaf erholsam? ja nein

Gibt es Schwierigkeiten beim : einschlafen durchschlafen aufwachen ?

Trinken: Wie viel trinken Sie täglich und was?

_____ Gibt es eine Zielsetzung für die Anwendung?

_____ Anmerkung der AnwenderIn:
