

Allgemeiner Gesundheitszustand

Sind Sie in ärztlicher Behandlung? Hatten Sie Krankenhausaufenthalte und wenn ja, was ist oder war die Behandlungsursache? Hatten Sie Knochenbrüche, Verletzungen, Bänder- oder Muskelrisse? Ja
..... Nein

Leiden Sie an Krankheiten oder Allergien und wenn ja, welche sind diese? Ja
..... Nein

Nehmen Sie Medikamente (vom Arzt verordnet oder Selbstmedikation)? Ja
Wenn ja, welche Medikamente sind dies und welcher Krankheitsbehandlung dienen sie?
.....
.....
..... Nein

Name,Nachname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Gerne stehe ich Ihnen jederzeit bei Fragen und Unklarheiten zur Verfügung.

Gesetzlich unterliegt geistiges Heilen nicht dem Heilpraktikergesetz. Energetische Arbeit und geistiges Heilen ersetzt keinen Arzt, Heilpraktiker, Therapeuten und entbindet Sie nicht von Ihrer Medikation.

Ich stelle keine Diagnosen, verordne und empfehle keine Medikamente oder Heilprodukte. Ich gebe des Weiteren auch keine Heilungsversprechen auf eine der angebotenen Therapien. Ich treffe keine auf das Lebensthema bezogenen Entscheidungen. Die Mitarbeit des Klienten ist vorausgesetzt. Es passiert das, was zum Zeitpunkt der Behandlung möglich ist.

Ich,.....(Name Kunde) bestätige mit meiner Unterschrift das Formular „Gesundheitszustand“, „Kontraindikationen für Massagen“ und die Informationsseite auf der Webseite www.dreiheit-massagen-und-energie.com von Frau Kälin Andrea gelesen und verstanden sowie diese Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Unterschrift:

Ort und Datum: