



## Einverständnis-Erklärung

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

In den Sitzungen werden energetische Blockaden gelöst um, eine Verbesserung des körperlichen-, emotionalen - und seelischen - sowie sozialen Wohlbefindens zu erzielen. Die hier empfohlenen Maßnahmen dienen ausschließlich der Reaktivierung und Harmonisierung des körpereigenen Energiefeldes.

Sie ersetzen keine ärztliche, psychologische oder psychotherapeutische Behandlung. Es werden weder Diagnosen im schulmedizinischen Sinne gestellt, noch Krankheiten behandelt oder getestet. Bei entsprechender Indikation wird empfohlen eigenverantwortlich ärztliche Hilfeleistung in Anspruch zu nehmen.

### Methoden/ Techniken und Hilfsmittel, die von mir in meinen energetischen Sitzungen angewendet werden:

- ☉ Kinesiologie nach Dr Klinghardt (kinesiologischer Muskeltest), MFT (Mentalfeldtechnik) , energetische Lichtarbeit & energetischer Ausgleich mit Farblicht (Farbrillen), Visualisierungen & Affirmationen

### Angaben zum/zur Klient\*in

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

NAME: \_\_\_\_\_ GEB AM: \_\_\_\_\_  
VOR- UND ZUNAME DD. MM.YYYY

ADRESSE, \_\_\_\_\_  
STRASSE, HNR./ STG/ TOP

PLZ/ ORT: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Ich bestätige hiermit, dass ich obige Hinweise gelesen - und verstanden habe. Alle von mir gemachten Angaben sind richtig und vollständig.**

\_\_\_\_\_  
ORT, DATUM:

\_\_\_\_\_  
UNTERSCHRIFT KLIENT/-IN:

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

NAME: \_\_\_\_\_  
VOR- UND ZUNAME

GEB AM: \_\_\_\_\_  
DD. MM.YYYY

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

\_\_\_\_\_  
*ORT, DATUM:*

\_\_\_\_\_  
*UNTERSCHRIFT KLIENT/-IN:*