

## INFORMATION FÜR KLIENTINNEN UND KLIENTEN

Bitte lesen sie dieses Blatt aufmerksam durch und füllen sie es genau aus, bevor sie mir ihre Wünsche vortragen.

Name, Vorname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Beruf: .....

Telefonnummer: .....

Krankenkasse: .....

Zusatzversicherung für Alternativmedizin?: ja  nein

### Folgende Methoden werden nach Bedarf angewandt/kombiniert:

#### **Autogenes Training, Geistheilung** nach Horst Krohne, **Energiearbeit, Akupressur, Tuina-Massage, Meditationen**

- Die Selbstheilungskräfte zu aktivieren hängt von vielen Teilfaktoren ab, Ihr aktives Mitwirken ist ein Teil davon.
- Offenheit und Ehrlichkeit helfen mit, eine Lösung zu finden. Ich bitte Sie mir, ihre bewussten Probleme mitzuteilen.
- Ich stelle keine Diagnose im medizinischen Sinne da ich keine Ärztin bin
- Eine Sitzung ersetzt keine laufende Behandlung beim Arzt oder Therapeuten, die Zusammenarbeit mit bestehenden Ärzten/Psychologen etc. wird angestrebt
- Ich gebe keine Heilversprechen ab. Es obliegt ihrer Entscheidung, ob sie eine Behandlung bzw. Sitzung abbrechen oder fortsetzen möchten.
- Jegliche Haftung wird abgelehnt.
- Preis: CHF 130.- / 60min bar oder via Rechnung.
- Bitte klären sie vorgängig ab, ob ihre Krankenkasse durch die Zusatzversicherung für Komplementärmedizin meine Leistungen übernimmt. Ich bin Mitglied beim EMR und NVS Verband und mit der Akupressur, Tuina, chin. Medizin und dem Autogenen Training bei einigen Krankenkassen registriert.
- Mit der Unterschrift bestätigen sie, dass Sie diese Erläuterungen zur Kenntnis genommen haben.

Datum:

Unterschrift:

.....

.....