



## Klientenblatt

Name, Vorname:	
Adresse:	
PLZ und Ort:	
Mobiltelefon:	
E-Mail-Adresse:	

### **Vereinbarungen:**

1. Die energetische Arbeit verspricht keine Heilung. Vielmehr dient sie zur Unterstützung der Selbstheilung. Die Behandlung ersetzt einen Arztbesuch nicht. Ebenfalls dürfen Medikamente nicht ohne Rücksprache mit einem Arzt abgesetzt werden.
2. Der Energetiker stellt keine Diagnose und macht keine Verhaltensempfehlungen. Er erkundigt sich auch nicht nach Krankheiten oder anderen persönlichen Angelegenheiten.
3. Die energetische Behandlung/Beratung geschieht auf Wunsch des Klienten und kann jederzeit beendet werden.
4. Der Klient wurde über die Arbeitsweise und das Vorgehen der Behandlung, respektive die Beratung informiert. Es können Dinge geschehen, welche nicht erklärbar sind. Es kann sein, dass sich das Wohlbefinden verschlechtert.
5. Berührungen sind für die energetische Arbeit nicht notwendig, sie können aber eine sehr angenehme Wirkung haben. Berührungen werden nur im Einverständnis des Klienten ausgeführt.
6. Der Energetiker ist kein Arzt und hat auch keine medizinische Ausbildung. Er handelt stetig nach bestem Wissen und Gewissen.
7. Bei sensitiven und medialen Beratungen können Aussagen von der Wahrheit abweichen oder nicht stimmen. Der Klient ist damit einverstanden, dass Geschehenes aus seinem Energiefeld gelesen wird.



8. Vereinbarte Termine können nicht storniert werden. Anstelle biete ich eine Fernarbeit an.
9. Alles Besprochene wird nicht aufgezeichnet und bleibt geheim. Die Kontaktdaten werden nur für interne Zwecke verwendet. Auf verlangen werden die Daten gelöscht.
10. Klienten welche Medikamente einnehmen, insbesondere für Blutdruck oder Psychische Probleme tragen das Risiko selber. Sie klären mögliche Risiken vorrangig mit ihrem Arzt ab.
11. Klienten, welche unter Epileptischen Anfällen leiden werden nur mit dem Beisein von Fachkundigen Drittpersonen behandelt.
12. Der Energetiker lehnt jede Haftung ab. Es können keine Ansprüche gegen den Energetiker gemacht werden.
13. Der Klient bestätigt das er nicht unter Drogen steht und nicht suizidgefährdet ist.

Ich habe die Vereinbarungen gelesen und bin damit einverstanden.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Klient/in: \_\_\_\_\_