

Kundendatenblatt

KUNDENDATENBLATT & CHECK-UP

Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtszeit: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

1. Meine Arbeit dient der Förderung der Selbstwahrnehmung, der persönlichen Entwicklung sowie der Begleitung im energetischen Bereich.
2. Sie stellt keine medizinische oder therapeutische Behandlung dar und ersetzt weder eine ärztliche noch eine psychotherapeutische Abklärung oder Betreuung.
3. Alle rechtlichen Informationen, Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie Hinweise zum Datenschutz findest du auf meiner Homepage sowie vor Ort in der Praxis in schriftlicher Form.
4. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen der Begleitung eine fachliche Dokumentation geführt wird.
5. Diese dient der Qualitätssicherung, der individuellen Betreuung sowie – im Falle von Ausbildungen – auch zu Ausbildungszwecken.
6. Alle erhobenen Informationen werden vertraulich behandelt und ausschließlich im Rahmen der Begleitung oder Ausbildung verwendet.
7. Ich bestätige, dass ich über meinen aktuellen Gesundheitszustand vollständig informiert habe.
8. Ich verpflichte mich, bestehende oder bekannte Erkrankungen, Diagnosen sowie laufende medizinische oder therapeutische Behandlungen vor der Anwendung bekannt zu geben.
9. Bei folgenden Zuständen einige Beispiele ist vorab eine ärztliche Abklärung erforderlich bzw. die Anwendung nur eingeschränkt möglich:
 - akute Entzündungen oder Infektionen
 - frische Operationen oder Verletzungen
 - neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie)
 - schwere psychische Belastungen oder Erkrankungen
 - Schwangerschaft (bitte angeben)
 - chronische oder schwerwiegende Erkrankungen
10. Die Wirkung der Anwendung kann individuell unterschiedlich sein.
11. Es werden keine Heilversprechen oder Erfolgsgarantien gegeben.

Ich habe die Informationen gelesen und akzeptiert inkl. Unterschrift

****Deine aktuelles Anliegen****

Worum geht es dir gerade? Wo stehst du gerade?*

****Körper (Cranio / körperliches Empfinden)****

verspannt / erschöpft

unruhig / überreizt

energiegeladen / stabil

Schmerzen / Beschwerden: _____

Sonstiges:

****Geist (Mentaltraining / Gedanken & Fokus) Emotionen****

viele Gedanken / schwer abschalten

klar / fokussiert

unsicher / zweifelnd

innerer Druck / Stress

ausgeglichen

sensibel / emotional

überfordert

zurückgezogen

Sonstiges:

****Lebenssituation (Astrologische Einordnung / aktuelle Phase)****

Sonstiges:

****Dein Wunsch ****

Was darf sich verändern oder klären?