

KLIENTEN-INFORMATION

Alle Angaben, die Du hier machst, werden vertraulich behandelt.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	Datum heute
Telefon	Mobil	Büro	Email
Adresse			
Beruf		Verheiratet /ledig? In welcher sozialen Lebensform lebst Du?	
Deine Geschwister	Altersabstand zu Dir mit+oder-	Deine Kinder	Geburtsdatum
Besonders gravierende Ereignisse, die Dein Leben verändert haben /beeinflussen, z.B. Sterbefälle in Deinem Umfeld			

Hattest Du irgendwelche der folgenden **gesundheitlichen Probleme oder besonderen Lebenssituationen**? Bitte kreuze diese an:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS | <input type="checkbox"/> Herzgeräusche | <input type="checkbox"/> Problem der Atemwege |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herzkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber |
| <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> Rheumatismus |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Knochenbrüche | <input type="checkbox"/> Scheidung |
| <input type="checkbox"/> Auto-Unfälle | <input type="checkbox"/> Kopfverletzung | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Blutkrankheiten | <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> aktuell schwanger |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Leberkrankheit | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Exzessives Bluten | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Sinusprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Mentale Störungen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> Geschwüre | <input type="checkbox"/> Nervöse Beschwerden | <input type="checkbox"/> Tumore |
| <input type="checkbox"/> Gewächse | <input type="checkbox"/> Nierenkrankheit | <input type="checkbox"/> Venenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Ohnmachten | <input type="checkbox"/> Andere Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Physische Traumata | <input type="checkbox"/> Weiteres |

Anmerkungen /Erklärungen /Operationen: Bitte gib Einzelheiten zu den oben

angekreuzten Beschwerden an, auch deren Behandlungen mit ungefährem Datum bzw. Zeitraum.

Worauf Du dich beziehst	Anmerkungen

Befindest Du dich derzeit in **ärztlicher Behandlung?** Ja Nein

Falls Ja, bitte Grund	Nähere Angaben	Letzter Arztkontakt

Hast Du Gesundheitsprobleme, von denen Du meinst, dass sie eigentlich **noch ärztlich abgeklärt werden sollten?** Ja Nein

Falls Ja, bitte Grund	Nähere Angaben

Bitte gib alle Medikamente , Drogen, Kräuter und /oder Nahrungsergänzungsmittel an, die Du einnimmst oder ggf. eingenommen hast, in welchen Mengen und wie häufig, auch Alkohol und Zigarettenkonsum

Einnahme von... mit Mengenangabe	Häufigkeit / Regelmäßigkeit

Datum:

Unterschrift:

VEREINBARUNG ÜBER DIE HAFTUNG DER KLIENTEN

VortexHealing® ist eine sehr mächtige Heilkunst. Daher ist zu erwarten, dass sich diese Heilkunst auf unterschiedlichen Ebenen auswirkt.

Manche Menschen können tiefe mystische Erfahrungen machen und Erkenntnisse haben, die das Leben verändern. Einerseits können bestimmte körperliche oder emotionale Probleme gelindert werden. Wie es Dir aus der Homöopathie bekannt sein mag, ist andererseits jedoch das Auftreten von - aus Deiner Perspektive gesehen - nicht erwünschten Symptomen auch Teil des Heilungsprozesses und in dieser Behandlung ebenso wenig völlig auszuschließen.

Unterdrückte Emotionen oder emotionale Verhaltensweisen, die genügend Heilenergie erhalten, um an die Oberfläche zu kommen, können verschiedene körperliche Symptome verursachen, bzw. sich darin äußern. Z.B. kann die Lösung physischer Spannung in einem Teil des Körpers die Spannung in anderen Körperteilen an die Oberfläche bringen. Die verbesserte Energieversorgung und Ausdehnung in Deinem gesamten Körper kann als schmerzvoll erlebt werden. Obwohl solche „unerwünschten“ Symptome bei VortexHealing nicht immer vorkommen, sind sie doch als Teil der Gesundung möglich.

Du wirst es schon an Dir selbst oder anderen erlebt haben, wie auch ohne Zutun Dritter selbst kleine Ereignisse wirken können: das Lesen dieses Textes – genauso wie der Gedanke an Eigenverantwortung – kann schon Prozesse wie Ängste, Widerstände, alte Erinnerungen oder Assoziationen auslösen.

Wenn dies der Fall sein sollte, zögere nicht, mir darüber zu berichten – es kann alles schon Teil des Heilungsprozesses sein und somit ein wertvoller Hinweis.

Erklärung

Ich bestätige, dass ich den obigen Text gelesen und verstanden habe und stimme zu, dass der VortexHealing-Praktizierende nicht für xxxxx individuelle Symptome verantwortlich ist, die aus dem Empfangen von VortexHealing-Behandlungen resultieren können. Für eventuell auftretende körperliche oder emotionale Symptome, die als Teil des Heilprozesses der VortexHealing-Behandlungen auftauchen können, übernehme ich die persönliche Verantwortung und werde mich in ärztliche Behandlung begeben, wenn dies nötig ist.

Ich verstehe, dass mein VortexHealing-Praktizierender kein Mediziner ist und dass er/sie weder Medizin praktiziert noch medizinische Behandlung oder Evaluation ersetzt, wenn dies gebraucht wird.

Ich bin bereit die Kosten für einen vereinbarten Termin zu tragen, wenn ich nicht mindestens 48 Stunden im Voraus absage.

- Name in Druckbuchstaben -

- Unterschrift des Klienten -

- Datum -