ENERGETISCHE PRAXIS
BIRGIT WEIS

Name des Klienten: ....
Vorname

Klienten Information

Vor Beginn der Sitzung wurde ich auf folgende Punkte aufmerksam gemacht:

Es werden keine Diagnosen, Therapien, Behandlungen im med zinischen Sinne durchgeführt oder Heilkunde im gesetzlichen Sinne ausgeübt.

Mir ist bekannt, dass Frau Weis über keinerlei medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und daher entsteht bei mir nicht der Eindruck, dass eine ärztliche Behandlung durchgeführt wird.

Die Sitzungen können eine ärztliche Behandlung nicht ersetzen. Frau Weis hält eine Zusammenarbeit mit Ärzten für unbedingt erforderlich. Daher soll eine laufende Behandlung oder abgebrochen bzw. eine künftige notwendige nicht hinausgeschoben oder ganz unterlassen werden. Mir wurde ebenfalls dringend angeraten, dass vom Arzt verschriebene M dikamente nur gemäß dessen Weisung einzunehmen bz bzusetzen sind. Die Verantwortung liegt ganz bei m

n keine Versprechungen abgeg ben, dass eine Heilung stattfindet, so dass in mir keine falschen Hoffnungen geweckt wurden.

Es ist in meiner freien Verantwortung und Entscheidung, die Genesungshilfe fortzusetzen b bzubrechen, ebenso die Zustimmung bzw. ung zu den Sitzungsabläufen oder der vorgeschlagenen alternativen Ge esungshilfen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, was mich bei den Sitzungen erwartet und speziell, wie sich das Honorar zusammensetzt und es berechnet wird. Vorauszahlungen werden nicht geleistet.

.....

Datum: ..... Unterschrift: ....