

# H.-Angela Krüper-Meiswinkel

## Heilpraktikerin

### Klientenformular

Ich, Angela Krüper, verpflichte mich, die Privatsphäre aller Personen, die in meine Praxis kommen, zu schützen und die persönlichen Informationen und Daten, die mir meine Klienten überlassen, vertraulich zu behandeln.

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich habe folgende diagnostizierte psychische Störungen: \_\_\_\_\_

Ich habe folgende Abhängigkeiten: \_\_\_\_\_

Ich nehme folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

### Vor Beginn der Sitzungen wurde ich auf folgende Punkte aufmerksam gemacht:

1. Ein Journey-Practitioner hebt ärztliche Anordnungen nicht auf.
2. Ärztliche Behandlungen sollten nicht unterbrochen oder abgesetzt werden.
3. Eine Sitzung versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe. Sie aktiviert die körpereigenen Selbstheilungskräfte.
4. Die Sitzung beinhaltet kein Diagnoseverfahren. Sie ist keine medizinische Therapie. Durch die Anwendung werden weder Krankheiten, noch Krankheits-Symptome direkt behandelt.
5. Bei einer Journey finden keine Eingriffe in den Organismus statt.
6. Sitzungen sind reine Gesprächstermine in meditativem Zustand.
7. Ein Journey-Practitioner macht keine Heilungsversprechen.
8. Als Klient/in übernehme ich die Verantwortung und Entscheidung, die Anwendung fortzusetzen oder abzubrechen. Ebenso liegt die Zustimmung bzw. Ablehnung zum Ablauf der Sitzungen in meiner Verantwortlichkeit.
9. Ich bin aufgeklärt worden, was mich in einer Sitzung erwartet und ich kenne die Kosten je Sitzung und Konsultation.

Es ist mir bekannt, dass die Krankenkassen die Kosten für die Sitzung/en nicht übernehmen.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_