



## **Anwendung Energetische Arbeit**

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

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

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

### **Klienten Information**

Bitte lesen Sie diese Information und unterschreiben Sie im Anschluss. Besten Dank.

- 1) Ich wurde darüber informiert, dass Gabriela Polizzi keine Ärztin, Heilpraktikerin oder Therapeutin ist und auch keine Krankheiten behandelt.
- 2) Die Anwendungen werden vorbeugend oder therapiebegleitend eingesetzt. Ärztliche Anordnungen werden nicht aufgehoben.
- 3) Diese Methode stellt keine Diagnose oder therapeutische Ratschläge.
- 4) Wer diese Methode erhält, tut dies in eigener Verantwortung, da sich energetische Veränderungen einstellen werden.
- 5) Die Anwendungen werden von der Krankenkasse nicht anerkannt und auch nicht bezahlt.

Ort: \_\_\_\_\_ , den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

