

Ihr Einverständnis

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Die angebotenen Leistungen bieten die Möglichkeit zur emotionalen Stabilisierung und zur inneren, persönlichen Klarheit. Die Arbeit schafft **neue Ausgangspunkte für bewusste Veränderungen im Leben**; sie ändert nicht Ihre Lebenssituation.

- a) Die angebotenen Leistungen stellen keine medizinische, psychotherapeutische oder heilpraktische Behandlung dar und ersetzen keinesfalls den Besuch bei einem Arzt, Psychotherapeuten oder Heilpraktiker. **Bei gesundheitlichen Beschwerden oder psychischen Erkrankungen** wenden Sie sich bitte an eine entsprechende medizinische Fachperson.
- b) Die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen erfolgt auf **eigene Verantwortung**. Für eventuelle Folgen wird **keine Haftung** übernommen.
- c) Ich bin mit der **Speicherung meiner Daten für eine Kundenkartei** einverstanden. Die gespeicherten Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit von mir mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden.
- d) Es gelten die AGBs.

Ich habe die zuvor genannten Punkte zur Kenntnis genommen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Klienten)