

DISCLAIMER

Bitte lesen Sie folgende Informationen gründlich durch und bestätigen Sie mir wahrheitsgetreu mit Ihrer Unterschrift, alles gelesen und verstanden zu haben.

Diese terminliche und örtliche Vereinbarung ist eine Art Experiment. Es können keine Ansprüche gegen das Heilmedium geltend gemacht werden und positive Effekte können nicht garantiert werden.

Im Rahmen einer verantwortungsvollen Ausübung kann weder eine Garantie in Bezug auf die Anwendbarkeit und den Erfolg bestimmter Therapieformen bei spezifischen Krankheitsbildern gegeben noch sonstige Heilversprechen erteilt werden.

Im Zweifelsfalle konsultieren Sie bitte immer einen Arzt Ihres Vertrauens. Die Diagnose und Therapie von Erkrankungen und anderen körperlichen Symptomen/Störungen erfordern die Behandlung durch Ärzt*innen, Psychiater*innen oder Heilpraktiker*innen. Das Heilmedium wird keine Diagnose erstellen, sondern versuchen, eine spirituelle Energie auf Sie zu lenken. Das Heilmedium kann nur jene Energie übergeben, was ihm aufgrund seiner spirituellen Verbindung gegeben wird.

Wenn innerhalb der ersten 10 Minuten der Sitzung, v.a. beim Jenseitskontakt, klar wird,

dass eine der beiden Parteien mit der Behandlung nicht zufrieden sind, können Sie bzw. das Heilmedium die Sitzung abbrechen. Und die Sitzung wird nicht verrechnet.

Während der Behandlung kann es passieren, dass Sie Dinge sehen, hören oder spüren, die Sie bis zu diesem Zeitpunkt so nie erfahren haben. Wenn Sie sich physisch und psychisch dazu nicht bereit fühlen, sollten Sie jetzt schon die Sitzung beenden und die Sitzungsgebühr wird nicht in Rechnung gestellt.

Sie versichern hiermit, dass Sie sich aktuell nicht in einer medikamentös-psychiatrisch veranlassten Behandlung befinden. Sie versichern, dass Ihnen bewusst ist, dass ein Erfolg nicht garantiert werden kann. Und dass diese Therapie keine Behandlung durch Ärzt*innen oder Psychiater*innen ersetzt.

Ihnen ist auch bewusst, dass Sie alle Medikamente weiterhin einnehmen sollten, sofern Ihnen diese von Ärzt*innen oder Psychiater*innen verschrieben wurden.

Sie bestätigen, dass Sie weder unter Einfluss von Drogen oder Alkohol stehen.

Sie unterziehen sich freiwillig dieser Behandlung und tragen die volle Verantwortung für alle Effekte der Behandlung.

Name und Vorname:

.....

Adresse:

E-Mail:

.....

Telefon:

Sitzungsdatum:

.....

Ort und Datum:

Unterschrift der zu behandelnden Person:

.....