

Formular Energetische Behandlung:



Persönliche Daten:

Vorname / Name: _____
Adresse: _____
Geburtsdatum: _____
Mobile Nr.: _____
E-Mail: _____

Klienten Information:

Bitte lesen Sie diese Informationen und unterschreiben Sie im Anschluss, Besten Dank.

- Ich wurde darüber informiert, dass Gabriela Polizzi und Florentina Polizzi keine Ärztinnen, Heilpraktikerinnen oder Therapeutinnen sind und auch keine Krankheiten behandeln.
- Die Anwendungen werden vorbeugend oder Therapie-begleitend eingesetzt, Ärztliche-Anordnungen werden dadurch nicht aufgehoben.
- Diese Methode stellt keine Diagnose oder therapeutische Ratschläge.
- Wer diese Methode erhält, tut dies in eigener Verantwortung, da sich energetische Veränderungen einstellen können.
- Es gibt keine Erfolgsgarantie, da der Erfolg je nach Klient unterschiedlich ausfällt.
- Die Anwendungen werden von den Krankenkassen nicht anerkannt und auch nicht übernommen.
- Diese Daten werden sicher aufbewahrt und nicht weitergegeben.

Leichte Nebenwirkungen wie z.B. Kopfschmerzen, Müdigkeit, vermehrter Toilettengang, Emotionen wie weinen, usw. können nach der Behandlung auftreten. Diese Methode dient nicht zur Symptom-Bekämpfung, sondern löst die tief gespeicherten Ursachen.

Ort / Datum:

Unterschrift:
