



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Name _____ Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefonnummer _____ Ausweisnummer _____

Ich bestätige hiermit, dass

ich damit einverstanden bin, dass meine Fotos für Werbezwecke verwendet werden.

dass meine personenbezogenen Daten sowie gesundheitsbezogene Informationen, die im Rahmen der energetischen Hilfestellung erhoben werden, ggf. schriftlich festgehalten und für interne Zwecke gespeichert werden. Ich habe das Recht, meine Einwilligungen jederzeit per E-Mail oder schriftlich zu widerrufen.

ich unter keinen Krankheiten leide. Falls dem so ist, gebe ich diese unmittelbar Angelika Guttman VOR der Behandlung bekannt.

ich freiwillig zur Behandlung von Angelika Guttman gekommen bin und umfassend über den Ablauf/die Behandlung informiert wurde. Die angebotene Arbeit dient u. A. der Aktivierung meiner Selbstheilungskräfte. Dabei ersetzt sie nicht die Tätigkeit eines Arztes, weshalb eine laufende medizinische oder therapeutische Behandlung weder unterbrochen noch abgebrochen werden sollte. Ebenso darf eine notwendige Behandlung nicht hinausgeschoben oder unterlassen werden.

Ort, Datum

Unterschrift