

Klienteninformation und Anmeldeformular

Dieses Formular bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt und unterschrieben vor dem ersten Termine abgeben!



- Qi Gong oder Tai Chi Einzeltraining _____ 75 Euro
- Qi Gong Heilarbeit, Quantenheilung oder Trance Healing _____ 75 Euro
- Paket 5 Einzeltermine (Einzeltraining oder Heilarbeit) _____ 350 Euro
- Hausbesuch für Qi Gong / Tai Chi Training oder Heilarbeit _____ 140 Euro

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnr.: _____ PLZ und Wohnort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

abweichende Rechnungsadresse:

Vor Beginn des Einzeltermins wurde ich über folgende Punkte informiert:

1. Es werden keine medizinischen Diagnosen gegeben, keine Therapien oder Behandlungen im medizinischen Sinne ausgeübt und es wird auch keine sonstige Heilkunde im Sinne des Gesetzes ausgeübt.
2. Mir ist bekannt, dass der Anwender des Qi Gong Healings, Quantenheilung, Trance Healing über keinerlei medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt. Ich bestätige, dass bei mir nicht der Eindruck entsteht, dass dabei eine medizinische Behandlung durchgeführt wird.
3. Die Anwendung oben genannter Methoden kann eine medizinische Behandlung nicht ersetzen. Der Anwender empfiehlt keinerlei Unterbrechungen oder gar Abbrüche von medizinischen oder therapeutischen Behandlungen, ebenso empfiehlt er keinerlei Aufschub oder Unterlassung künftiger notwendiger medizinischer oder therapeutischer Behandlungen. Die Verantwortung obliegt allein meiner Person. Es wurden und werden keinerlei Versprechen für die Wirksamkeit der Anwendung gegeben und es entstanden oder entstehen keine falschen Hoffnungen für die Wirksamkeit der Anwendung.
4. Es liegt in meiner freien Verantwortung und Entscheidung, die Anwendungen fortzuführen oder abubrechen bzw. eine laufende Anwendung fortzuführen oder abubrechen. Auch die Zustimmung oder Ablehnung vorgeschlagener alternativer Unterstützungshilfen, liegt ausschließlich in meiner eigenen Verantwortung.
5. Die Zustimmung zur Anwendung und die Begleitung der Anwendung erfolgt bei Minderjährigen immer durch einen Erziehungsberechtigten.

- Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und stimme diesen ausdrücklich zu.
- Ich habe die Datenschutzhinweise gelesen und stimme diesen ausdrücklich zu.

Hast du gesundheitliche Einschränkungen? nein ja Wenn ja, sprich mich bitte an, damit ich darauf Rücksicht nehmen kann.

Ort, Datum, Unterschrift

Dr. Eike F. Wilts daoyin-wilts health & healing, Neuebeek 125, 26802 Moormerland
www.daoyin-wilts.com 049543054272 info@daoyin-wilts.com
Sparkasse Leer-Witmund, Eike Wilts DE 97 2855 0000 0108 1234 49