



Vorname:

Name:

-----

Straße & Hausnummer:

-----

PLZ/Ort:

Geburtstag:

-----

Mobil:

Email:

-----

## Einverständniserklärung

1. Diese Form von Coaching und Lebensberatung ersetzt nicht die ärztliche, heilkundliche oder psychotherapeutische Behandlung bei einem Arzt, Heilpraktiker oder Psychotherapeuten. In dieser Arbeit werden keine Diagnosen, bzw. Heilversprechen gestellt und auch keine Betreuungen oder Therapien im medizinischen & psychotherapeutischen Bereich angeboten.
2. Gesundheitsförderung durch integrative Energie- & Körperarbeit bedeutet, das Auflösen von Blockaden, die im physischen sowie in den feinstofflichen Körpern entstanden sind. Ziel der Arbeit ist die Aktivierung der Selbstheilungskräfte. Diese Arbeit kann im Liegen, Sitzen o. Stehen erfolgen und durch spezielle Körperübungen ergänzt werden. Sie kann unter Einbezug von Bewegung, Atem, Stimme, Körper, inneren Bildern und Glaubenssätzen, geführten Meditationen und durch Berührung erfolgen, um dadurch den Zusammenhängen zwischen den körperlichen und seelischen Problemen und Blockaden auf den Grund zu gehen.
3. Alle Informationen & Daten werden streng vertraulich behandelt. Eine Ausnahme bilden Supervision & Intervention. Hier jedoch in einer Form, die möglichst keine Rückschlüsse auf die Identität der Klientin/des Klienten zulässt, sowie der Austausch mit ihrem behandelnden Psychotherapeuten, sofern vorhanden.
4. Eine Beratungsstunde dauert 60 Minuten. Der Beratungssatz wird sofort bar bezahlt, oder nach Absprache überweisen. Verwendungszweck: Name & Datum der Stunde. Hinweis: Die Krankenkassen übernehmen keine Kosten für die Aufwendungen.

Nadine Burkatzki • Sparkasse Ingolstadt • IBAN: DE 85 7215 0000 0053 9100 48

Lutz Leurs • Sparkasse Krefeld • IBAN: DE88 3205 0000 0323 5369 20

5. Falls Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie den vereinbarten Termin bitte spätestens 48 Stunden vorher ab. Bei Absagen die unter die 48 Stunden fallen, wird der vereinbarte Beratungssatz in Rechnung gestellt.
6. Ich verstehe, dass ich mich bei dieser Arbeit auf eine intensive Begegnung mit mir selbst einlasse und bin bereit für mich selbstverantwortlich einzustehen und für mich jederzeit gut Sorge zu tragen. Ich betätige, dass ich freiwillig diese Beratung gesucht habe & nicht gedrängt und nicht genötigt wurde, an dieser Therapie teilzunehmen.
7. Ja, ich habe vorab die Geschäftsbedingungen, Einverständniserklärung & Datenschutzverordnung (DSGVO) vorab gelesen (PDF Download unter: <https://openheart-training.de/Kontakt>) und stimme mit meiner Unterschrift allen genannten Inhalten zu. Ich erkläre mich mit der genannten Verarbeitung der angegebenen Daten einverstanden.

Datum & Ort:

Unterschrift:

-----

**Nadine Burkatzki & Lutz Leurs • Praxis für Gesundheitsförderung**

Westwall 71 in 47608 Geldern • Mobil Nadine: 0151-15 678 362 • Mobil: Lutz: 0177 - 597 19 53

Mail: [kontakt@openheart-training.de](mailto:kontakt@openheart-training.de) • Web: [www.openheart-training.de](http://www.openheart-training.de)

# Klientenfragebogen · Einzelsitzung

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so wahrheitsgetreu und gewissenhaft wie möglich. Lassen Sie sich Zeit & erzwingen Sie nichts, es liegt in Ihrem Ermessen wie ausführlich Sie antworten. Wenn Sie Fragen nicht beantworten, schreiben Sie bitte kurz warum nicht. Natürlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

1. Was bewegt Sie zur Zeit? An welchen Themen möchten Sie arbeiten?

.....  
.....

2. Was sind Ihre Erwartungen/Ziele für die Sitzungen? Kurz- und langfristig.

.....  
.....

3. Welche Therapien oder Energiearbeit & Beratungen haben Sie bisher gemacht?

.....

4. Arbeiten Sie mit anderen Therapeuten oder Ärzten zusammen? Seit wann? (Name & Telefonnummer)

.....

5. Haben Sie körperliche, psychische Beschwerden oder Krankheiten? Bitte notieren Sie kurz ihre medizinische Geschichte bis heute (inkl. Unfälle, Verletzungen, Krankheiten und Operationen - soweit bekannt). Bitte beschreiben Sie anschließend Ihre Gefühle die Sie bei der Beantwortung hatten.

.....  
.....  
.....

6. Nehmen Sie regelmäßige Medikamente? Hormone, wie z.B. Pille zählen auch dazu. Welche?

.....

.....

.....

7. Machen Sie Sport, Körperbewegung? Was & wie oft? Gerne?

.....

.....

8. Sonstige wichtige Informationen

.....

.....

.....

.....

**9. Bitte zutreffendes einkreisen:**

Trinken Sie Alkohol?	ja	nein	Menge _____	Tag / Woche / Monat
Trinken Sie Kaffee/Schwarztee?	ja	nein	Menge _____	Tag / Woche / Monat
Rauchen Sie? Was?	ja	nein	Menge _____	Tag / Woche / Monat
Nehmen Sie Drogen?	ja	nein	Menge _____	Tag / Woche / Monat
Sind Sie Vegetarier/in oder Vegan/er?	ja	nein	Menge _____	Tag / Woche / Monat