

Disclaimer



Geistiges-Heilen & Trance-Healing

Bitte lesen Sie folgenden Informationen gründlich durch und bestätigen Sie 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, sowie 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. Bitte konsultieren Sie im Zweifelsfalle immer einen Arzt Ihres Vertrauens. Die Diagnose und Therapie von Erkrankungen und anderen körperlichen Störungen erfordert die Behandlung durch Ärzte/Ärztinnen, Psychiatern oder von Heilpraktikern. Der Healer wird keine Diagnose aufstellen, sondern versuchen, eine spirituelle Energie auf Sie zu lenken. Der Healer kann nur das übergeben, was ihm aufgrund seiner spirituellen Verbindung gegeben wird.

Wenn innerhalb der ersten 10 Minuten der Behandlung klar wird, dass eine der zwei Parteien oder beide Parteien mit der Behandlung nicht zufrieden sind, können Sie bzw. der Healer die Behandlung abbrechen und die Sitzung muss nicht bezahlt werden.

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

Sie versichern hiermit, dass Sie sich im Moment nicht in einer medikamentös psychiatrisch veranlassten Behandlungen befinden. Sie versichern, dass Ihnen bewusst ist, dass ein Erfolg nicht garantiert werden kann und diese Behandlung keine Ärzte/Ärztinnen oder Psychiater ersetzt. Ihnen ist bewusst, dass Sie alle Medikamente weiterhin nehmen müssen, sofern diese von Ärzten/Ärztinnen oder Psychiatern verschrieben wurden.

Sie bestätigen das 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.

Datum und Ort:

Unterschrift der zu behandelnden Person: