



ANMELDUNG

BERATUNG/BEHANDLUNG

Heilpraktikerpraxis für Psychotherapie, ganzheitliche Psychosomatik und alternative Heilweisen

Ich melde mich verbindlich für folgende Beratung/Behandlung an:

Energetische Heilbehandlung _____

Bitte angeben: Gewünschte Anzahl

Krankheitsbilderdeutung-Psychosomatische Beratung

Psychologische Beratung _____

Astrolgisch-Psychologische Beratung _____

Orthomolekulare Medizin _____

Astrolgische Gesprächstherapie _____

Lösungsorientierte Mediation _____

Ein Tag für die Partnerschaft _____

Traumalösung _____

Bevorzugter Termin (Ferien etc.) _____

Behandlungs- / Beratungsgrund _____

Die mit * gekennzeichneten Felder müssen zwingend ausgefüllt werden.

Falls vorhanden, können wir Sie schneller kontaktieren, wenn Sie uns Ihre eMail-Adresse mitteilen.

Name* _____ Vorname* _____

Straße* _____ Postleitzahl* _____ Ort* _____ Land _____

Telefon* _____ eMail _____

Beruf _____

Geburtsdatum* _____ Geburtszeit _____ Geburtsort _____

Bitte auch nächstgrößere Stadt angeben

Ich bin damit einverstanden, dass die oben von mir genannten Daten unverschlüsselt übertragen werden. Diese werden für die Bearbeitung meiner Anfrage erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an die relevanten Therapeuten weitergegeben.*

Unterschrift / Datum / Ort _____