

Zur Teilnahme an einer Heilhypnose, bzw. Heiltrance, bestätige

ich,………………………………………………………………………………………………………………………..,

geboren am:………………………………………………………………………………………………………….,

wohnhaft:………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

daß ich die gesundheitlichen Voraussetzungen zur Teilnahme an einer Heiltrance, bzw. Heilhypnose erfülle. Ich leide nicht an: einer Psychose, bipolaren Störung, Epilepsie, Thrombose, Intelligenzminderung und bin nicht schwanger. Ich habe in den letzten 66 Monaten weder einen Herzinfarkt, noch einen Schlaganfall erlitten.

Sollte ich an einer endogene Depression, Persönlichkeitsstörung, Herzerkrankung, Suchterkrankung, Erkrankung des zentralen Nervensystems, an ADS erkrankt sein oder Psychopharmaka einnehmen, so bestätige ich, daß ich vor der Teilnahme Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt gehalten habe.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß meine persönlichen Daten gemäß Datenschutzgesetz behandelt werden, nur zur Verwendung zur Teilnahme an einer Heiltrance, bzw. Heilhypnose verwendet werden und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ort, Datum Unterschrift