

RECHTSGRUNDLAGEN

VEREINBARUNG ZUR ENERGETISCHEN SITZUNG

Bitte lies diese Rechtsgrundlagen aufmerksam durch, bestätige die Kenntnisnahme mit deiner Unterschrift und sende sie **vor deiner ersten Sitzung** an mich zurück (per E-Mail als Scan oder Foto genügt).

Mir ist bekannt, dass Joachim Kienzler (AKADVADA) weder Arzt noch Heilpraktiker oder Psychotherapeut ist. Seine Sitzungen, Webinare, Ausbildungen, Einweihungen und sonstigen Angebote – im Folgenden kurz „Sitzung“ – verstehen sich als energetische Begleitung und dienen dem spirituellen Wachstum von Körper, Geist und Seele.

1. Ich übernehme die volle Verantwortung für meine Erfahrungen und mein Handeln während und nach jeder Sitzung.
2. Es wird keine Heilbehandlung im Sinne des Heilpraktikergesetzes durchgeführt. Es werden keine Diagnosen gestellt.
3. Die Sitzung ist kein Ersatz für eine ärztliche, heilpraktische, psychotherapeutische oder psychiatrische Untersuchung oder Behandlung. Bei Beschwerden lasse ich diese ärztlich abklären.
4. Ärztlich verordnete Medikamente oder Behandlungen setze ich nicht eigenmächtig ab oder verändere sie. Änderungen bespreche ich ausschließlich mit meinem Arzt oder meiner Ärztin.
5. Ein bestimmter Erfolg oder ein bestimmtes Ergebnis der Sitzung wird nicht zugesagt.
6. Für alle selbst verursachten Schäden, die auf dem Weg zur Sitzung oder im Sitzungsraum entstehen, hafte ich selbst.

DEINE ANGABEN

Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name

Straße

PLZ & Ort

Land

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

ANGABEN ZU DEINER GESUNDHEIT (freiwillig)

Da wir mit sehr hohen Energien in Berührung kommen, ist es für mich wichtig zu wissen, ob du an einer psychischen Erkrankung leidest und/oder Medikamente oder Drogen zu dir nimmst.

Psychische Erkrankung? Wenn ja, welche:

Medikamente / Drogen? Wenn ja, welche:

In ärztlicher / therapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

DATENSCHUTZ

Ich behandle deine Angaben vertraulich nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Name, Geburtsdatum und Foto verwende ich ausschließlich für die Durchführung der vereinbarten Sitzung und lösche sie nach Abschluss, soweit keine gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bestehen.

- ☐ Ich willige ausdrücklich ein, dass meine freiwilligen Angaben zu meiner Gesundheit zu dem genannten Zweck verarbeitet werden (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für dein Vertrauen!