

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Geb. Datum: _____ Beruf: _____

E-Mail: _____ Web: _____

Wünschen Sie den Hypno-Tipp (monatlich) ja nein

Erklärung

1. Die Sitzungen mit Martin Eugster ersetzen NICHT den Besuch beim Arzt, Psychiater oder Psychologen.
2. Die in der Hypno-Analyse, mit dem Biotensor oder andern spezifischen Geräten ermittelten Informationen sind keine Diagnosen, sondern lediglich Informationen.
3. Die Sitzungen entbinden die Kundin oder den Kunden nicht davon, wichtige Lebensentscheidungen zu treffen und durchzuführen.
4. Ich bestätige, dass ich Eigenverantwortung übernehme und zielgerichtet lebe.
5. Ich bestätige, dass mir Martin Eugster kein Heilversprechen gemacht hat.
6. Ich bin darüber informiert, dass eine Therapie-Stunde CHF 160.- kostet, und dass die Krankenkasse diese Kosten NICHT übernimmt.
7. Ich weiss, dass ich jetzt, so wie jederzeit danach, die Arbeit mit Martin Eugster abrechnen kann.
8. Ich bestätige, dass ich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte bin und die Sitzungen freiwillig absolviere.

Name in Blockschrift: _____

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____

Folgende Punkte sind separat und nur falls es zutrifft, zu bestätigen:

Wie Sie mir anlässlich der Sitzung vommitteilen, möchten Sie

- wegen Ihrer Erkrankung keinen Arzt aufsuchen.
- keine schulmedizinischen Abklärungen durchführen lassen.
- die vom Arzt verordneten Medikamente absetzen.

Durch Ihre Unterschrift bestätigen Sie, dass ich Ihnen heute,angeraten habe

- wegen Ihrer Erkrankung unbedingt einen Arzt aufzusuchen.
- weitere schulmedizinische Untersuchungen durchführen zu lassen.
- die vom Arzt verordneten Medikamente und Therapien keinesfalls abzusetzen.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____