## Klientenblatt

Silvia Martin St.Kilianstraße 4 97656 Oberelsbach

Seite 1 von 2

Vorname, Name:		Straße:		
PLZ, Ort:		GebDat	rum:	
Email:		Tel-Nr.:		
Hauptanliegen:				
Allgemeine Fragen:	JA	NEIN	weitere Bemerkungen:	
Hatten Sie Unfälle in Ihrem Leben und welcher Art?				
Operationen? Welche?				
Operationsnarben, andere Narben? Wo?				
Schwere Geburten, Kaiserschnitt?				
Welche Organe machen Ihnen immer wieder Beschwerden?				
Welche Körperteile machen Ihnen immer wieder Beschwerden?				
Hatten Sie Gewalterlebnisse?				
Drogenerfahrung?				
Gesundheit:				
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja wieviel?				
Nehmen Sie Medikamente? Welche?				
Rauchen Sie? Wenn ia wieviel?	П	П		

## Klientenblatt

Silvia Martin St.Kilianstraße 4 97656 Oberelsbach

Seite 2 von 2

weitere Fragen:  Haben Sie Amalgamfüllungen?  Haben Sie Implantate (Zahn, künstliche Gelenke, Spirale usw.)	NEIN	
_		weitere Bemerkungen:
Hahan Sia Implantata (7ahn kiinstlicha Galanka Spirala usw.)		
Trabert Sie implantate (Zaini, kunstnehe Gelenke, Spirale usw.)		
Haben Sie Allergie? Welche?		
Lebensumstände:		
Gelingt Ihnen Ihr berufliches Leben?		
Gelingt Ihnen Ihr privates Leben?		
Gelingen Ihre Partnerschaften?		
Gelingen Ihre Freundschaften?		
Gelingen Ihnen Ihre Finanzen?		
Energiearbeit & Heilen dient der Aktivierung der Selbstheilungsk Der Besuch der Sitzung bzw. eine Heilung erfolgt auf eigene Vera Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt dieses Hinweise	antwortung.	
Datum:		
		Unterschrift des Klienten
		Unterschrift des Klienten ( bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)