

Name \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Herbert Horeis  
Weststrasse 18a  
21776 Wanna  
Tel.: 04757/818641  
Mobil.: 0175/6184328  
mail: H.Horeis@gmx.de  
www.spirituelle-behandlungen.de

## Spirituelle Behandlungen

dienen der

Aktivierung Ihrer Selbstheilungskräfte

und ersetzen nicht

die Diagnose bzw. Behandlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker.

Es werden keine Diagnosen, Therapien, Behandlungen im medizinischen oder Psychologischen Sinne durchgeführt oder sonstige Heilkunde im gesetzlichen Sinne ausgeübt.

Es ist mir bekannt, dass der geistige Genesungs-Helfer über keinerlei medizinische / Psychologische / Physiologischen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt und daher bei mir nicht der Eindruck entsteht, dass eine ärztliche Behandlung durchgeführt wird.

Die Sitzungen können eine ärztliche Behandlung nicht ersetzen. Der Heiler hält eine Zusammenarbeit mit der Schulmedizin für sehr wichtig. Daher sollte eine laufende Behandlung nicht unter- oder abgebrochen bzw. eine künftig notwendige nicht hinausgeschoben oder ganz unterlassen werden. Die Verantwortung liegt ganz bei mir.

Es wurden keine Versprechungen abgegeben, dass eine Heilung stattfindet, so dass in mir keine falschen Hoffnungen geweckt wurden.

Die Behandlungen finden durch Handauflegen und in aller Regel Bekleidet (außer bei Hauterkrankungen) statt. Der Intimbereich wird (wenn erforderlich) in der Aura behandelt...ca 2 bis 3 cm. über Ihrem Körper.

es sei denn Sie wünschen es anders\*.

Es ist in meiner freien Verantwortung und Entscheidung, die Genesungshilfe fortzusetzen bzw. abubrechen, ebenso die Zustimmung bzw. die Ablehnung zu den Sitzungsabläufen oder den vorgeschlagenen alternativen Genesungshilfen. Ich wurde darüber aufgeklärt, was mich bei den Sitzungen erwartet.

\* Mit meinen oben gemachten Kreuz weiche ich von den Vorgaben ab und bespreche den Ablauf der Behandlung mit dem Heiler, so wie ich es mir vorstelle und für richtig halte.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt dieses Hinweises, vor Beginn der Behandlung.

\_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden / Ehepartner/Angehörigen  
(bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern)