

## Haftungserklärung

(das Kleingedruckte)

gegenüber Frau Sabine Hamann, Mühbrook/Büdelsdorf.



Die Teilnehmerin/ der Teilnehmer handelt freiwillig und eigenverantwortlich innerhalb und außerhalb des bezeichneten Kurses/Seminars oder einer Einzelarbeit.

Für evtl. vom/von Teilnehmer/-in selbst verursachten Personen-, Sach- und Vermögensschäden im Rahmen der Kurse/Seminare oder Einzelarbeiten übernimmt der/die Teilnehmer/-in die ausschließliche Eigenhaftung und stellt keine Ansprüche an die Kurs-/Seminarleitung.

Der Kurs /das Seminar oder die Einzelarbeit ersetzen **keine** medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Unterweisung und Behandlung.

Mir ist bekannt, dass Frau Sabine Hamann **nicht** im Bereich der Heilkunde tätig ist und daher entsteht bei mir nicht der Eindruck, dass eine ärztliche Behandlung durchgeführt oder ersetzt wird.

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

---

Unterschrift, Datum



|   |                        |                    |
|---|------------------------|--------------------|
| <b>Name</b>   | <b>Vorname</b>         | <b>Geb. am</b>     |
| <b>Straße</b>   | <b>PLZ</b>             | <b>Ort</b>         |
| <b>Telefon</b>  | <b>Mobil</b>           | <b>E-Mail</b>      |
| <b>Kinder</b>   | <b>Beruf</b>           |                    |
| <b>Grund des Besuches- Wunsch an mich - Ihr Ziel?</b>   |                        |                    |
|   |                        |                    |
|   |                        |                    |
| <b>Bitte nennen Sie Ereignisse, die Ihnen andauernden Stress bereiten. (Trauer, Schock, Angstzustände, schwere Krankheit, Arbeitslosigkeit...)</b>  |                        |                    |
|   |                        |                    |
|   |                        |                    |
| <b>Gesundheitszustand heute</b>   |                        |                    |
| <b>Offene Wunden</b>  | <b>Zahn-/Kiefer-OP</b> | <b>Warzen</b>      |
| <b>Entzündungen</b>   | <b>Hämatome</b>        | <b>Sonnenbrand</b> |
| <b>Erkältung</b>  | <b>Schwangerschaft</b> | <b>Migräne</b>     |
| <b>Allergische Reaktionen bekannt?</b>  |                        |                    |
|   |                        |                    |
| <b>Wie viel Bewegung/Sport haben Sie pro Tag/Woche?</b>   |                        |                    |
|   |                        |                    |
| <b>Wie oft entspannen Sie pro Tag/Woche?</b>  |                        |                    |
|   |                        |                    |
| <b>Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass:</b>   |                        |                    |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• keine medizinische Diagnose erstellt wird.</li><li>• kein Heilversprechen gegeben wird.</li><li>• am Krankheitsfall eine Einzelarbeit/Beratung keine medizinische Leistung ersetzt.</li><li>• alle körperlichen Aktivitäten freiwillig und eigenverantwortlich geschehen.</li><li>• die Kosten von den Krankenkassen nicht übernommen werden.</li></ul> |                        |                    |
| <b>Ort, Datum</b>   | <b>Unterschrift</b>    |                    |