



Dr. Beate Blumrich

Praxis für Hypnotherapie, spirituelle Hypnose und Bewusstseinsarbeit

INFORMATIONS- UND EINWILLIGUNGSFORMULAR

Name:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Festnetznummer:

Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Familienstand:

Beruf:

Falls Du auf Grund einer Empfehlung oder eines Hinweises zu mir gekommen bist, bitte nenne Namen oder Quelle:

Beschreibe kurz etwaige medizinische oder psychische Befunde, die für Deine LBL-Sitzung wichtig sein könnten:

Beschreibe kurz, warum Du eine Hypnosesitzung machen willst:

Nimmst Du Medikamente ein oder bist Du in ärztlicher Betreuung?



Dr. Beate Blumrich

Praxis für Hypnotherapie, spirituelle Hypnose und Bewusstseinsarbeit

Bist Du schon jemals hypnotisiert worden? Wenn ja, warum und bei wem?

Ich erteile hiermit Dr. Beate Blumrich die Erlaubnis, mich zu hypnotisieren.

Mir ist bewusst, dass die Rückführung möglicherweise eine unangenehme vergangene Erinnerung aufdecken könnte und, dass diese Hypnoseseitzung, geleitet von Dr. Beate Blumrich, nicht dafür ausgerichtet ist, mich von physischen oder mentalen Problemen zu heilen.

Die Informationen, die ich über mein vergangenes Leben oder im Leben zwischen Leben (Life Between Lives®) empfangen habe, können für Forschungszwecke genutzt werden, wenn diese im Einklang mit dem „Michael Newton Institute for LBL Hypnotherapy“ durchgeführt werden. Das schließt auch in diesem Zusammenhang stehende schriftliche Veröffentlichungen und Vorlesungen ein, die dazu dienen, andere über Ihre Bestimmung auf der Erde aufzuklären. In diesen Fällen dürfen, außer den Angaben zu Vorname, Alter, Geschlecht und Beruf (bei Bedarf), keine anderen persönlichen Informationen veröffentlicht oder genutzt werden. Mit der Aufzeichnung meiner Sitzung als Ton- und/oder Bildaufnahme bin ich einverstanden, eine Kopie wird mir nach der Sitzung zugestellt.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Schweigepflicht gewahrt bleibt.

Unterschrift

Name in Druckschrift:

Ort:

Datum:
