



Name: ..... Nachname: .....  
Telefon: ..... Email: .....  
Straße: ..... PLZ/Ort: .....  
Newsletter: ja                      nein                      Geburtsdatum: .....

## Information und rechtlicher Hinweis für Klienten

Die ganzheitliche Polarity-Therapie dient der Entspannung des Körpers und Aktivierung der Selbstheilungskräfte, erhöht Energiefluss und Vitalität und geschieht zum höchsten Wohl des Klienten, da sie Gesundheit fördert bzw. erhält.

Über Inhalte und Möglichkeiten der Polarity-Therapie wurde ich informiert.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass keine Diagnosen gestellt werden, keine Heilkunde im gesetzlichen Sinne ausgeübt wird und keine Heilversprechen gegeben werden.

Während einer Polarity Sitzung/Seminars/Ausbildung/Veranstaltung und danach bin ich selbst für mein körperliches und emotionales Befinden verantwortlich.

Die angebotenen Leistungen ersetzen nicht die Diagnose oder Behandlung beim Arzt, Heilpraktiker oder Psychologen. Ich bin selbst dafür verantwortlich, mich bei psychischen oder körperlichen Beschwerden und Symptomen medizinisch bzw. psychotherapeutisch behandeln zu lassen.

Ich bin mir bewusst, dass Polarity-Therapeut/innen keine Behandlungen verschreiben. Medikamente werden weder empfohlen noch verschrieben. Kosten werden von der Krankenkasse nicht erstattet.

Über Sitzungsablauf und Honorar wurde ich informiert.

Polarity-Anwender, die Mitglieder des Polarity Verband Deutschland e.V. sind, unterliegen den ethischen Richtlinien des PVD e.V. (Nachzulesen auf der Webseite des Polarity Verband Deutschland e.V. unter Ethik)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Informationen vor Beginn der Polarity Sitzung / Veranstaltung / Seminars / Ausbildung erhalten und gelesen habe.

.....  
Ort und Datum Unterschrift