

Name	
Vorname	
Anschrift (optional)	
PLZ / ORT (optional)	
Tel.	
Mail (optional)	



Einverständniserklärung / Präventionsvertrag

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die folgenden Hinweise gelesen, verstanden und akzeptiert habe:

Die angebotenen Anwendungen, Dienstleistungen und Coachings dienen der **Unterstützung auf persönlicher, energetischer und ganzheitlicher Ebene**. Sie **ersetzen keine medizinische oder psychotherapeutische Beratung** und beinhalten **weder Diagnosen, Therapien noch Heilversprechen**. Die Teilnahme an Sitzungen erfolgt **in eigener Verantwortung**.

Ich bin darüber informiert, dass der Anbieter **weder Arzt noch Heilpraktiker** ist. Die angebotenen Leistungen verstehen sich **ausdrücklich nicht als Ausübung der Heilkunde**. Diagnosen zu stellen, Medikamente zu verschreiben oder Krankheiten zu behandeln, ist ausschließlich entsprechend ausgebildeten Berufsgruppen vorbehalten.

Ärztliche Anordnungen, laufende Behandlungen oder Therapien sollen durch die Inanspruchnahme der angebotenen Leistungen **nicht ersetzt, unterbrochen oder abgebrochen** werden. Auch wenn subjektive Verbesserungen eintreten, stellt dies **keinen Hinweis auf eine überflüssige medizinische Begleitung** dar. Die angebotenen Methoden dienen der **Entspannung, der Förderung des Wohlbefindens** sowie – im besten Fall – der **Aktivierung innerer Ressourcen**.

Ich wurde darüber informiert, dass die angebotenen Leistungen **in der Regel nicht von Krankenkassen übernommen** werden und direkt mit mir als Klient abgerechnet werden.

Hinweis bei gesundheitlichen Beschwerden:

Sollten aktuell **gesundheitliche Probleme bestehen** oder befinde ich mich in **ärztlicher oder therapeutischer Behandlung**, bestätige ich, dass ich **eine Teilnahme an Wellnessanwendungen vorab mit meinem Arzt oder Therapeuten abgesprochen habe**.

Bitte kreuzen sie (Vor-)Erkrankungen oder besondere Umstände an mit X

☐	Thrombose Venenentzündung	☐	Durchblutungsstörungen	☐	Herzerkrankungen
☐	Arthritis	☐	Fieberhafte Erkrankungen	☐	Diabetes
☐	Osteoporose	☐	Allergien (z.B. Nüsse)	☐	Schwangerschaft (Woche____)
☐	Hauterkrankungen (Schuppenflechte, Neurodermitis)	☐	Niedriger oder erhöhte Blutdruck	☐	Einnahme von Blutverdünnungsmittel
☐	Sonstige Erkrankungen / Umstände:				

Möchten Sie über neue Angebote per Email informiert werden? () Ja () Nein. Sie können sich jederzeit aus dem Verteiler austragen.

Ort, Datum

Unterschrift

Lichthafen – Björn Schelle · von-Behring-Str. 6 A · 88131 Lindau – Germany
umsatzsteuerbefreiter Kleinunternehmer nach § 19 UStG

Telefon +49 (0)175-4364901
Finanzamt 88131 Lindau
Bank COMDIRECT
IBAN DE15 2004 1155 0389 1041 00

Email info@lichthafen.life
Steuer-Nr. 134/266/90033
Kontoinhaber: Björn Schelle
BIC/Swift COBADEHD055

Webseite Lichthafen.life