

Anmeldebogen und Anamnesebogen bitte per Email, Post oder Fax an:

Praxis für Reinkarnationstherapie und Seelenreisen

Claudia Baecker

Heilpraktikerin für Psychotherapie, Hypnose- und Reinkarnationstherapeutin

Neureutherstraße 17

D-80799 München

Tel: +49(0)89 27370626

Fax: +49(0)89 99954323

Email: kontakt@reinkarnations-therapie.info

IHRE DATEN

Falls Sie mir nichts Gegenteiliges mitteilen gehe ich davon aus, dass ich mich bei der unten genannten Telefonnummer und Adresse als Ihre Therapeutin zu erkennen geben darf. Sollten Sie zum Beispiel im Falle eines häuslichen Konflikts aufgrund Ihrer Sitzung den Kontakt über ein bestimmtes Medium nicht wünschen, dann vermerken Sie dies bitte gleich hinter Ihrem Eintrag. Ich werde Ihnen selbstverständlich keinerlei Werbung oder Newsletter senden.

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum (eventuell Geburtszeit und Ort): _____

Handynummer: _____
(falls kurz vor der Sitzung eine Mitteilung nötig ist)

E-Mail: _____

TERMINRESERVIERUNG

Hiermit bestätige ich, _____ (Name)
unseren vereinbarten Termin zur Seelenreise-Sitzung nach Dr. Michael Newton (LBL)

am (Wochentag) _____ (Datum) _____ (Uhrzeit) _____

○ Erstsitzung Seelenreise 550 €

Die Dauer der Sitzung wird ungefähr 4 Stunden sein. Zu Beginn der Sitzung findet ein Gespräch statt. Wenn alles stimmig ist beginnen wir im Anschluss an das Gespräch mit der Seelenreise. Im Falle, dass irgendetwas dagegen sprechen würde kämen keinerlei Kosten auf Sie zu.

Wenn Sie bereits zu einer Reinkarnationstherapiesitzung bei mir waren müssen Sie den Anamnesebogen nicht nochmals ausfüllen. Eine Aufstellung Ihrer Fragen ist dann ausreichend.

○ Folgesitzung Seelenreise 420 €

Die Dauer dieser Sitzung ist meist etwas kürzer als bei einer Erstsitzung

Vor einer Folgesitzung müssen Sie den Anamnesebogen nicht nochmals ausfüllen!

Wenn Sie Fragen stellen möchten, dann senden Sie mir diese Fragen bitte vor der Sitzung zu.

Sitzungsart: ○ In den Praxisräumen ○ Als Online-Sitzung

Die Bezahlung

- erfolgte bereits im Augenblick der Buchung (bei Onlinesitzung)
- wird bei der Sitzung vor Ort erfolgen

Auf diesem Weg fanden Sie zu mir:

- Empfehlung ○ Google-Suche ○ Praxis-Website ○ M-Newton-Institut ○ Andere Website

Datum _____ Unterschrift _____

Wichtige Information zu Ausfallshonorar und sonstigen Kosten bei kurzfristiger Absage:

Sollte ich den Termin nicht wahrnehmen können, benachrichtige ich Frau Baecker so früh es geht bis spätestens zwei Tage vor der Sitzung entweder telefonisch, auf den Anrufbeantworter oder per Email. Ich bin über folgendes informiert: Bei sogenannten „Bestellpraxen“ steht dem Therapeuten laut Gesetzgeber ein Ausfallshonorar zu und kommt gemäß §615 BGB als Schadensersatz zur Berechnung, falls der vereinbarte Termin zu kurzfristig abgesagt wird. Denn in diesem Fall kann der Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden. Bei Absage später als 2 Tage vor dem vereinbarten Termin fällt ein Ausfallhonorar von 80 € pro ausgefallene Zeitstunde an. In persönlicher Absprache kann in einem Notfall meist eine Einigung gefunden werden, die für beide Seiten annehmbar ist wie zum Beispiel ein Verschieben der Sitzung auf einen späteren Zeitpunkt. Sollte Frau Baecker den vereinbarten Termin wegen eigener plötzlicher Erkrankung oder aufgrund eines sonstigen unvorhergesehenen und schwerwiegenden, ihre berufliche Tätigkeit verhindernden Ereignisses kurzfristig absagen müssen, so zahle ich nichts an Frau Baecker für die abgesagte Sitzung. Für meine Fahrt- und Übernachtungskosten bin ich selbst verantwortlich und trage Sorge dafür, dass ich notfalls kurzfristig von Bahnfahrt und Übernachtung zurücktreten kann.

ANAMNESEBOGEN

Diese Fragen haben sich bewährt, um ein möglichst umfassendes Bild Ihrer Person zu entwerfen. Bitte nehmen Sie sich ausreichend Zeit und beantworten die Fragen so gut wie möglich. Diese Informationen werden es mir ermöglichen, Sie bestmöglich zu begleiten. So werden Sie den größtmöglichen Nutzen aus Ihrer Sitzung ziehen. Meist kommt schon einiges in Bewegung, wenn wir uns mit unseren Themen beschäftigen. Falls Sie auf irgendwelche Fragen nicht antworten möchten, dann lassen Sie diese bitte einfach aus. Bitte verfassen Sie die Antworten kurz! Der vorgesehene Platz zwischen den Fragen reicht vollkommen aus.

Die Themen dieses Fragebogens sind zum Teil sehr privat. Achten Sie bitte darauf, dass es wichtig sein könnte, sich zur Beantwortung zurückzuziehen. Seien Sie sich bitte bewusst, dass die Inhalte allein für Sie selbst gedacht sind und im familiären und partnerschaftlichen Umfeld Konflikte und Diskussionen hervorrufen könnten.

Selbstverständlich behandle ich Ihre Angaben streng vertraulich! Ich stehe unter Schweigepflicht. Sollte es Ihnen angenehmer sein, die Angaben ohne Ihren Namen zu versenden, können Sie gerne den Fragebogen und den Anmeldebogen getrennt versenden. Dann bitte ich Sie, Ihren Vornamen und das Datum Ihres Termins anzugeben damit ich Ihre Angaben zuordnen kann. Herzlichen Dank!

Mein Vorname _____

Mein Termin ist am _____ (Datum)

Mein Alter zum Zeitpunkt der Sitzung wird _____ Jahre sein.

Sitzungsart: ☐ Praxisräume ☐ Online

IHR PERSÖNLICHES ANLIEGEN

Was wird die Überschrift Ihrer persönlichen Sitzung sein?

Was haben Sie bisher schon unternommen um Ihre Situation zu verändern?
Was war das Ergebnis?

VERGANGENHEIT UND FAMILIE

Gab es in Ihrem Leben einschneidende Erlebnisse? ☐ ja ☐ nein
 (Zum Beispiel schwere Erkrankungen, Schicksalsschläge, Unfälle, Operationen)
 Falls Ja: Was? Wie alt waren Sie damals?

Wie gut können Sie sich an die Zeit Ihrer Kindheit erinnern?
☐ ganz gut ☐ nur wenig ☐ gar nicht

Wie haben Sie Ihre Kindheit erlebt? (In einem Satz zusammengefasst)

Wie gut ist heute der Kontakt zu Ihrer Familie?
☐ sehr gut ☐ geht so ☐ je weiter desto besser ☐ sonstiges:

Name der Mutter: _____ ☐ lebt ☐ verstorben
 Wie ist Ihre Beziehung zur Mutter heute? Gibt / gab es Konfliktthemen?
 Falls Ja: Welche?

Name des Vaters: _____ ☐ lebt ☐ verstorben
 Wie ist Ihre Beziehung zum Vater heute? Gibt / gab es Konfliktthemen?
 Falls Ja: Welche?

Haben Sie Geschwister? ☐ ja ☐ nein
 Falls Ja: Wie viele? Älter oder jünger als Sie?
 Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern heute?

Befinden Sie sich zurzeit in einer Beziehung?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie lange schon?

Wie glücklich fühlen Sie sich momentan in dieser Beziehung?

(1=niedrig, 10=hoch)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es hier schwierige Themen? Falls Ja: Welche?

(Nur bei Frauen:) Sind Sie schwanger?

☐ ja ☐ nein

Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie viele? Name und Alter?

Wie empfinden Sie Ihr Elterndasein?

BERUF UND BERUFUNG

Sind Sie zurzeit berufstätig?

☐ ja ☐ nein

Welche berufliche Tätigkeit üben/ übten Sie aus?

Wie gerne gehen (gingen) Sie diesem Beruf nach? (1=niedrig, 10=hoch)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit aktuell Probleme?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welche?

Würden Sie lieber einer anderen Tätigkeit nachgehen?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welcher?

MEDIZINISCHES UND PSYCHOLOGISCHES

Befinden Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Falls die Heilung KÖRPERLICHER Beschwerden in der Sitzung unser Thema sein werden: Welche Beschwerden? Wie alt waren Sie, als diese Probleme begannen?

Sind diese Symptome durch einen Arzt abgeklärt worden? ☐ ja ☐ nein

Hatten/haben Sie zu tun mit:

- | | |
|---|---|
| Asthma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erhebliche Kreislaufprobleme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Erhebliche Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ansteckende Erkrankungen wie Hepatitis, HIV | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hatten/haben Sie zu tun mit ADS, ADHS oder HKS (Hyperkinetische Störung)

☐ ja ☐ nein

Wie gut können Sie schlafen/sich entspannen? ☐ gut ☐ normal ☐ schlecht

Gibt es bei Ihnen eine Tendenz, im entspannten Zustand ungewollt einzuschlafen?

☐ ja ☐ nein

Sind Sie zurzeit / waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Welche Art der Therapie, wann, wie lange, mit welchem Ziel?

Waren Sie zufrieden mit dem Ergebnis der Therapie?

Ist Ihnen oder einem Ihrer Familienmitglieder irgendwann einmal die Diagnose Schizophrenie oder Psychose gestellt worden? ☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wem?

(Falls Ihnen Schizophrenie oder eine Psychose (z.B. schwere Depression, bipolare Störung) diagnostiziert wurde, darf ich diese Arbeit nicht mit Ihnen durchführen.

Verständigen Sie mich in diesem Falle bitte zur Besprechung)

Wieviel Alkohol trinken Sie? ☐ gar nicht/selten ☐ manchmal ☐ eher regelmäßig

Nehmen / nahmen Sie kürzlich Medikamente/Drogen ein? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Welche?

Existieren irgendwelche Ängste? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Welche?

INTERESSEN UND ZUGEHÖRIGKEITEN

Gehören Sie einer Religion/Glaubensgemeinschaft an? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Welcher?

Für was interessieren Sie sich? Was macht Ihnen Freude? Hobbies?

Wie sehr Fühlen Sie sich in die Gemeinschaft eingebunden?
(Zum Beispiel: Freundeskreis, Vereine...)
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Welches Buch / welche Bücher haben Sie bisher über Reinkarnationstherapie gelesen?
Gibt es ein Buch, das Ihnen besonders gut gefallen hat?
Ich empfehle Ihnen sehr bis zur Sitzung ein Buch über Reinkarnationstherapie gelesen zu haben! So können Sie sich dann ganz auf Ihre persönlichen Themen fokussieren.

Gibt es ein Buch, einen Film oder ähnliches, das/der Sie in spiritueller Hinsicht besonders beeindruckt oder geprägt hat? ☐ ja ☐ nein
Falls Ja: Welches?

Befindet sich ein Angehöriger oder guter Freund in der geistigen Welt, den Sie SEHR vermissen? Falls Ja: Wer? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Erfahrung/ Übung in:

- ☐ Meditation (Falls Ja: Wie regelmäßig meditieren Sie?)
- ☐ Autogenes Training
- ☐ Yoga
- ☐ Progressive Muskelentspannung
- ☐ NLP
- ☐ Selbsthypnose
- ☐ Anderes:

Haben Sie schon einmal Hypnose erlebt? ☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Wie lang ist das her? Was war das Ziel der Hypnose?

Waren Sie mit der Sitzung zufrieden?

Glauben Sie, dass Sie wirklich in Hypnose waren? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

Falls Ja: Wieso haben Sie diese Annahme?

Haben Sie bereits Erfahrung mit Reinkarnationstherapie? ☐ ja ☐ nein

Falls Ja: Bei wem? Schildern Sie bitte kurz Ihre Erfahrung.

Haben Sie noch irgendwelche weitere Fragen zur Reinkarnationstherapie-Sitzung?

Wie sehr spielen spirituelle Themen eine Rolle in Ihrem Leben?

- ☐ Ich fange gerade an mich dafür zu interessieren
- ☐ Ich wende mich hin und wieder spirituellen Themen zu
- ☐ Ich habe schon viele spirituelle Erfahrungen gesammelt und lebe danach
- ☐ Es ist ganz anders (Wie?)

Falls ein Problem unser Thema sein wird:

Wie belastend fühlt sich das Problem zurzeit an? (1=niedrig, 10=hoch)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Falls Veränderungen für Ihre Heilung oder Entwicklung erforderlich sein sollten: Wie hoch schätzen Sie momentan Ihre Bereitschaft ein, Veränderungen in Ihrem Leben zuzulassen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie sehr sind Sie bereit, mit Ihrer Vergangenheit Frieden zu schließen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Auf welche Fragen möchten Sie auf der Seelenebene Antworten finden bzw. welchen persönlichen Themen möchten Sie sich zuwenden?

(Am besten nicht mehr als 7 Fragen / Themen. Die Fragen bitte möglichst kurzfassen.)

Sie könnten, wenn Sie möchten die Schilderung Ihrer Erfahrungen akustisch aufnehmen. Zu empfehlen ist ein Diktiergerät oder auch eine Aufnahme App auf Ihrem Handy.

Möchten Sie Ihre Schilderungen akustisch aufnehmen? ☐ ja ☐ nein ☐ weiß noch nicht

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich mit der Durchführung einer oder mehreren spirituellen Rückführungen durch die Rückführungsleiterin Claudia Baecker und den hier angeführten Bedingungen einverstanden bin. Ich übernehme die volle Verantwortung für alles was darin geschieht oder auch nicht geschieht und für alle daraus resultierenden Folgen. Ich wurde im Vorhinein darüber aufgeklärt, dass eventuelle körperliche oder psychische Beschwerden oder medikamentöse Einflüsse, die dem persönlichen Erleben einer spirituellen Rückführung entgegenstehen könnten, davor von einem Arzt abgeklärt sein müssen.

Bei einer Audio-Aufnahme der Sitzung übernimmt die Rückführungsleiterin keine Garantie für das Gelingen der Tonaufnahme. Im Falle einer Veröffentlichung der Sitzung oder von Auszügen aus der Sitzung bedarf es des beidseitigen schriftlichen Einverständnisses von mir und Frau Baecker.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit obiger Angaben und bin mir bewusst, dass fehlerhafte Angaben die Wirkung der Behandlung beeinträchtigen können. Ich verstehe, dass keine Heilung versprochen wird und keine ärztliche Behandlung ersetzt wird.

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie mir den ausgefüllten Fragebogen per Post oder E-Mail oder Fax zu. Meine Kontaktmöglichkeiten finden Sie auf dem Deckblatt. Bitte senden Sie mir keine abfotografierten Dokumente. Falls Sie die Seiten scannen, dann achten Sie bitte darauf sie als Dokument (PDF-Datei) zu abzuspeichern und nicht als Bild (Bitte KEINE JPEG-Dateien). Bitte senden Sie mir nichts per Einschreiben zu, da ich meine Sitzungen nicht unterbrechen kann um die Post vom Briefträger anzunehmen. Vielen Dank!

VOR DER SITZUNG

Bitte planen Sie genügend Zeit für die Anfahrt ein um die Praxis nicht abgehetzt zu erreichen. Von der Straße aus geht es durch eine Glastür direkt in den Wartezimmerbereich. Bitte nehmen Sie einfach im Wartezimmer Platz. Ich werde Sie möglichst pünktlich zur vereinbarten Zeit hier abholen.

Gemütlichkeit Bringen Sie sich eventuell eine gemütliche Decke mit

Schlafbrille/ Tuch Bitte bringen Sie etwas mit, das Sie auf Ihre Augen legen können

Kontaktlinsen/ Kleidung Sorgen Sie dafür, dass Sie es so richtig bequem haben

Handy Bitte schalten Sie Ihr Handy auf Flugmodus