

Anmeldebogen und Anamnesebogen bitte per E-mail, 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: _____

Land _____

Geburtsdatum (eventuell Geburtszeit und Ort): _____

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

E-Mail: _____

TERMINRESERVIERUNG

Hiermit bestätige ich, _____(Name)

- ☐ Reinkarnationstherapie Einzelsitzung oder
- ☐ Reinkarnationstherapie Erstsitzung für einen Zyklus
- ☐ Seelenreise Erstsitzung (LBL) nach Dr. Michael Newton
(Im Falle der Seelenreise können Sie auf Seite 9 bis zu sieben Fragen eintragen)

Wochentag _____ Datum _____ Uhrzeit _____

Art der Sitzung: ☐ In der Praxis ☐ Online

Die Bezahlung von _____ €

- ☐ erfolgte bereits bei der Buchung (vor allem im Falle von Online-Sitzungen)
- ☐ erfolgt vor Ort in der Praxis

Auf diesem Weg fanden Sie zu mir:

- ☐ Empfehlung ☐ Google-Suche ☐ Praxis-Website ☐ Therapeutenfinder
- ☐ Anderes:

Zu Beginn der Sitzung sprechen wir in Ruhe und lernen uns ein bisschen kennen.
Wenn wir beide ein gutes Gefühl haben beginnen wir mit dem Erinnern in Trance.
Im Falle, dass irgendetwas dagegen sprechen würde kämen keinerlei Kosten auf Sie zu.

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 Ausfallshonorar 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 bezahle ich für diese abgesagte Sitzung nichts an Frau Baecker. 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 und muss auch nicht voll werden.

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. In diesem Falle bitte ich Sie Ihren Vornamen und das Datum Ihres Termins anzugeben damit ich Ihre Angaben zuordnen kann. Herzlichen Dank!

Vorname: _____

Der Termin ist am _____

Ihr Alter ist zum Zeitpunkt der Sitzung _____ Jahre

IHR PERSÖNLICHES ANLIEGEN

Was wird die Überschrift Ihrer Sitzung sein?

An was möchten Sie gemeinsam mit Ihrer Seelenführung und mir arbeiten?

Falls ein Problem das Thema sein wird:

Was haben Sie bisher schon unternommen um die 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? (Kurz 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 heißen Ihre Geschwister?

Wie ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern heute?

AKTUELLE LEBENSSITUATION

Befinden Sie sich zurzeit in einer Beziehung? ☐ ja ☐ nein
 Falls Ja: Seit wie vielen Jahren besteht diese Beziehung?
 Wie ist der Vorname Ihres Partners/Ihrer Partnerin?
 Falls Nein: Seit wann leben Sie allein und wie war das früher?
 Gibt es Themen die sich in Beziehungen wiederholen?

Wie glücklich fühlen Sie sich momentan in dieser Beziehung /aktuell ohne Beziehung?
 (1=niedrig, 10=hoch)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es hierbei schwierige Themen/Situationen? 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/ die Kinderlosigkeit?

BERUF UND BERUFUNG

Sind Sie zurzeit berufstätig? ☐ ja ☐ nein
 Welche berufliche Tätigkeit üben/übten Sie früher aus?

☐ Wie gerne gehen Sie aktuell diesem Beruf nach?
☐ Wie wohl fühlen Sie sich aktuell ohne Beruf?
 (1=niedrig, 10=hoch)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Gibt es im Zusammenhang mit der aktuellen Situation Probleme? ☐ ja ☐ nein
 Falls Ja: Welche?

Würden Sie gerne Ihre Situation diesbezüglich verändern? ☐ ja ☐ nein
 Falls Ja: Haben Sie schon eine Idee dazu? Welche?

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 und **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
Ansteckende Erkrankungen wie Hepatitis, HIV	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie aktuell Schmerzen? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Welcher Art?

Wie stark sind diese Schmerzen? (1=niedrig, 10=hoch)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Werden die Schmerzen voraussichtlich auch während der Sitzung da sein?

☐ ja ☐ 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 regelmäßiger

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

Wie kamen Sie auf Reinkarnationstherapie?
Gibt es ein Reinkarnationstherapie-Buch, das Ihnen besonders gut gefallen hat?

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.

Wie sehr spielen spirituelle Themen bisher in Ihrem Leben eine Rolle?

Haben Sie noch irgendwelche weitere Fragen zur Sitzung?

Bei einer aktuellen Problematik:
Wie würden Sie das Hauptproblem beschreiben?

Wie belastend fühlt sich dieses 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

FRAGENLISTE FÜR DIE SEELENREISE NACH MICHAEL NEWTON (LBL)

Falls Sie zu einer Seelenreise zu mir kommen, haben Sie nachfolgend Raum für Ihre Fragen. (Möglichst maximal 7) Bitte formulieren Sie Ihre Fragen so knapp wie möglich!

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

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 bin mir im Klaren darüber, dass körperliche oder psychische Beschwerden grundsätzlich immer ärztlich abgeklärt werden müssen. Mir ist außerdem klar, dass die aktuelle Einnahme von Psychopharmaka oder Drogen eventuell dem persönlichen Erleben einer spirituellen Rückführung entgegenstehen könnte, die Reduzierung oder Absetzung von Medikamenten aber nur mit Zustimmung und in Begleitung des Arztes geschehen darf.

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! (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 genug Zeit für die Anfahrt ein um nicht abgehetzt anzukommen. Von der **Straße aus geht es direkt durch eine Glastür** in den Wartezimmerbereich. Sie können diese **Tür selbst öffnen**. Bitte nehmen Sie im Wartezimmer Platz, ich werde dann möglichst pünktlich zur vereinbarten Zeit zu Ihnen kommen.

Handy Schalten Sie bitte während der Sitzung Ihr Handy auf Flugmodus
Gemütlichkeit Bringen Sie sich eventuell eine gemütliche Decke mit
Kontaktlinsen/ Kleidung Sorgen Sie bitte dafür, dass Sie es so richtig bequem haben
Körperliches Wohlbefinden Bringen Sie sich eventuell eine Kleinigkeit zum Essen oder zum Knabbern für die Zeit während unseres Gesprächs oder für nach der Sitzung mit