



# ANMELDUNG THERAPIE

**Heilpraktikerpraxis für Psychotherapie, ganzheitliche Psychosomatik und alternative Heilweisen**

Wählen Sie die Therapie durch Ankreuzen. Alle Therapien finden im Heil-Kunde-Zentrum statt. Bitte denken Sie daran, die Anmeldung zu vervollständigen, indem Sie uns ein aktuelles Foto per Post oder per email zusenden. Für Ihre Unterbringung gibt es Wohnmöglichkeiten in der Umgebung (ab ca. 20 € pro Tag).

**Reinkarnationstherapie**      2 Wochen   
3 Wochen   
4 Wochen

**Krankheitsbildertherapie**      1 Woche   
2 Wochen   
3 Wochen   
4 Wochen

**Astrologische Symboltherapie**      1 Woche   
2 Wochen   
3 Wochen   
4 Wochen

**Familienmustertherapie**      2 Wochen   
3 Wochen

**Partnerschaftstherapie**      2 Wochen   
3 Wochen

**Therapie zur Bearbeitung des  
Geburtstraumas**      1 Woche   
2 Wochen

**Spirituelle Therapie**      1 Woche   
2 Wochen

Bevorzugter Termin (Ferien etc.)

---

Therapiegrund

---



---



---



---

Die mit \* gekennzeichneten Felder müssen zwingend ausgefüllt werden.  
Falls vorhanden, können wir Sie schneller kontaktieren, wenn Sie uns Ihre eMail-Adresse mitteilen.

Name\*      Vorname\*

---

Straße\*      Postleitzahl\*      Ort\*      Land

---

Telefon\*      eMail

---

Beruf

---

Geburtsdatum\*      Geburtszeit      Geburtsort

---

Bitte auch nächstgrößere Stadt angeben

Unterschrift / Datum / Ort

---

