

# PRIJAVNICA ZDRAVLJENCA

S to prijavo se želim vključiti v skupinsko zdravljenje.

Ime: \_\_\_\_\_

Priimek: \_\_\_\_\_

Datum rojstva (neobvezno): \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

(Po Emailu ali z SMS vas bomo obveščali o terminih zdravljenja.)

Za zdravljenje se prijavljam ker želim (ustrezno obkrožite):

- Zaščito pred obolenji in doseči boljšo odpornost
- Izboljšati počutja, se umiriti in sprostiti
- Doseči psihološko stabilizacijo
- Spodbuditi pretok življenjske energije
- Okrepiti naravne zdravilne moči fizičnega telesa
- Doseči večjo možnost za ozdravitev

Navedite zdravstvene težave (če so prisotne):

---

---

---

---

- Imam zdravniško diagnozo
- Nimam zdravniške diagnoze
- Diagnoze nimam za vse težave

Seznanjenost s pogoji sodelovanja (s križem označite kvadratke):

Potrjujem, da sem seznanjen/a z navodili za zdravljenje

Potrjujem, da želim prejemati zdravilno energijo.

Zavedam se, da to zdravljenje ne nadomešča metod uradne medicine.

Strinjam se s pogoji GDPR – varstva osebnih podatkov, ki so objavljeni na spletu.

Z možnostjo tega zdravljenja me je seznanil/a: .....

Datum:

Podpis: