

TETADA KALIMASADA Datenblatt

Datum: _____

Name TK Practitioner: _____

Level: _____

Name des Klienten: _____

weiblich männlich

Adresse: _____

Kind Erwachsener

Telefon: _____

Fernbehandlung J / N ____

Email: _____

Selbstbehandlung J / N ____

Symptome:

_____ seit _____

Sitzung Nr. _____ zu diesem Symptom.

Medizinische Diagnose: _____

Begleitende Therapien & Behandlungen:

Skalierung **vor** der TK – Behandlung (0=symptomfrei)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

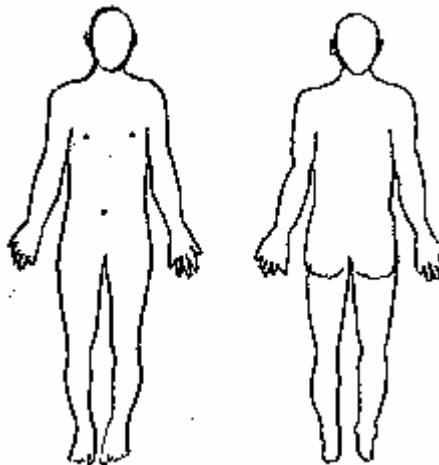
Skalierung direkt **danach**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

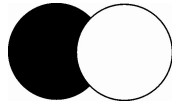
Scanning-Ergebnis vor der Behandlung:

Vorderseite

Rückseite



rot = Energiestau / **schwarz** = Energiemangel



Behandlungsdauer: _____ min

Medizinische Diagnose nach der TK –Behandlung (*falls möglich*): _____

Eigenreflexion des TK Practitioners (innere Bilder, Wahrnehmungen,...)

Feedback von TK KlientIn (innere Bilder, Wahrnehmungen,...)

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass ich als Tetada Kalimasada Praktiker/in weder Diagnosen im medizinischen Bereich stelle noch Behandlungen im medizinischen Sinne ausübe. Tetada kann einen Arztbesuch nicht ersetzen. Tetada Kalimasada Praktizierende arbeiten ausschließlich im Energiekörper des Klienten und überprüfen den energetischen Zustand vor, während und nach der Sitzung.

Ich nehme die Information zur Kenntnis:

Unterschrift des Klienten