

Pranic Healing nach Choa Kok Sui

Therapie – Evaluation

Von der Therapeutin / vom Therapeuten auszufüllen:

KlientIn: . . O m O w geb. am: _____ TherapeutIn: _____
Medizinische Diagnose: _____
Zahl der Behandlungen: _____ in der Zeit von / am: _____
Behandlung: O abgeschlossen O vorläufig abgeschlossen O abgebrochen von: _____
Besondere Anmerkungen: _____ _____
Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Beschwerden und Behandlungserfolg

Von der Klientin / vom Klienten auszufüllen:

Ich habe mich wegen folgender Beschwerden in Behandlung durch Pranic Healing begeben:	Diese Beschwerden sind durch die Behandlung				
	verschwunden	stark gebessert	gebessert	wenig gebessert	nicht gebessert

Ich habe im gleichen Zeitraum zusätzlich zu Pranic Healing
noch andere Therapieformen in Anspruch genommen:

nein ja ; welche? : _____

Meine Erkrankung wurde durch die Behandlung mit Pranic Healing

geheilt	fast geheilt	teilweise geheilt	nur wenig geheilt	nicht geheilt	weiß nicht

Geben Sie bitte in Stichworten an, ob sich durch die Behandlung mit Pranic Healing für Ihr
Leben und Ihren Gesundheitszustand allgemeine Veränderungen vollzogen haben:

Ich bin mit der Behandlung durch Pranic Healing insgesamt:

sehr zufrieden	recht zufrieden	zufrieden	wenig zufrieden	nicht zufrieden	weiß nicht

Ich würde bei Bedarf wieder Behandlung durch Pranic Healing in Anspruch nehmen:

ja	nein

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Herzlichen Dank!