



**Mag. Johannes Gimm**

Vitalfeld-Diagnostik  
Traditionelle Chinesische Medizin  
Ernährungsberatung

### **KLIENTENINFO**

Da mir Ihre bestmögliche Betreuung am Herzen liegt, darf ich Sie um nachfolgende Informationen über Ihren Gesundheitszustand bitten.

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

#### **Informationen über Gesundheitszustand:**

(z. B. Operationen, Unfälle, diagnostizierte Krankheiten und Beschwerden, Epilepsie od. Krampfneigung, Blutdruckprobleme, Herzschrittmacher, Allergien, Beschwerden im bzw. mit dem Bewegungsapparat, bestehende Schwangerschaft, psychiatrische Krankheiten oder psychische Probleme ...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Derzeitige Medikamenteneinnahme:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Grund des Besuchs:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Mag. Johannes Gimm**

Vitalfeld-Diagnostik  
Traditionelle Chinesische Medizin  
Ernährungsberatung

## ERKLÄRUNG

Ich wurde darüber informiert und nehme zur Kenntnis, dass ich als Klient energetische Hilfestellung, die unter Zuhilfenahme von Vitalfeld-Diagnostik, Vitalfeldanwendungen, Energieausgleich über die Meridiane oder Ernährungsberatung nach den 5 Elementen oder ähnlichen gewerblich erlaubten Methoden durchgeführt wird, erhalte.

Da diese Maßnahmen und die Auswahl der Maßnahmen ausschließlich zur Wiederherstellung und Harmonisierung der körpereigenen Energiefelder dienen, stellen sie keine Heilbehandlung im Sinne des Ärztevorbehaltes dar.

Die Wirkungsweise und der Erfolg der energetischen Behandlung ist wissenschaftlich nicht belegt bzw. bei bestimmten Methoden widerlegt.

Dementsprechend ist die energetische Behandlung keinerlei Ersatz für ärztliche Diagnose und Therapie und auch keinerlei Ersatz für psychologische oder psychotherapeutische Untersuchung oder Behandlung. Sämtliche Aussagen und Ratschläge sind keine Diagnosen sondern stellen reine energetische Zustandsbeschreibungen dar.

Ich wurde darüber informiert, dass ich mich für eine schulmedizinische Diagnoseerstellung und Heilbehandlung an meinen Arzt wenden muss.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift