



## Beratungsformular *KINDER*

### Legasthenie & Dyskalkulie | Mentaltraining

Datum:.....

#### Ich heiße...

Nachname:..... Vorname: .....

Name und Beruf deines Vaters:.....

Name und Beruf deiner Mutter:.....

Straße:..... Nr:.....

PLZ:..... Ort:.....

Telefon:..... E-Mail:.....

#### Du bist...

Geschlecht: ..... Alter:..... Geburtsdatum:.....

Schule:..... Klasse:.....

Händigkeit: rechts | links | umgewöhnt .....

#### Geschwister & Alter

Geschwister: ..... Geschwister: .....

Adoptiv-| oder Stiefeltern:.....

Meine Tätigkeit stellt keinen Ersatz für eine ärztlich Diagnose, Therapie oder Behandlung dar.  
Ich behandle, diagnostiziere und verschreibe nicht, daher sind alle gemachten Aussagen energetisch/emotionale Zustandsbeschreibungen. Alle Sitzungen und Seminare verstehe ich als Prävention, als Begleitung und Ergänzung klassisch-medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung und als Unterstützung für Deine ganzheitliche Regeneration.  
Für die Heilung Deiner Probleme steht Dir eine angemessene Unterstützung zu. Wenn sich Beschwerden zeigen, dann solltest Du kompetente ärztliche, psychologische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Für eventuell auftretende Beschwerden übernehme ich keine Haftung.

1. Mein Thema:

.....

.....

2. Was wünschst Du Dir?

.....

.....

3. Annahme ein Wunder würde geschehen und schon morgen hat sich Dein Wunsch erfüllt? Was wäre dann anders? Wie würdest Du Dich dann fühlen?

.....

.....

4. Was würdest Du dann tun?

.....

.....

5. Was brauche ich dafür, damit mein Wunsch in Erfüllung gehen kann? Was oder wer kann Dir dabei helfen?

.....

.....

6. Welche Angst hast Du? Hast Du überhaupt Angst?

.....

.....

7. Träumst Du schlecht?

.....

.....

8. Was ist in Deiner Familie besonders? Bekommst Du ein Geschwisterl? Leben Deine Eltern getrennt oder wollen sie sich trennen? Ist Dein Haustier gestorben...?

.....

.....