

Vorname:.....Name:.....

Geburtsdatum:.....Telefon:.....

Strasse:.....

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

Email:.....

Homepage:.....

## Klienteninformation

**Bitte lesen Sie diese Information und unterschreiben Sie im Anschluss!**

**1) Ich wurde darüber informiert, dass Ludger kein Arzt, Heilpraktiker oder Therapeut ist und auch keine Krankheiten behandelt.**

**2) Die Anwendungen werden vorbeugend oder therapiebegleitend eingesetzt. Ärztliche Anordnungen werden nicht aufgehoben.**

**3) Diese Methode stellt keine Diagnose oder therapeutische Ratschläge.**

**4) Wer diese Methode erhält, tut dies in eigener Verantwortung, da sich energetische Veränderungen einstellen werden, die sich in allen Lebensbereichen verändernd auswirken können.**

**5) Die Anwendungen werden von den Kassen nicht bezahlt.**

**6) Es kann keine Erfolgsgarantie gegeben werden.**

**7) Ich stelle den Anwender von jeglicher Forderung und Haftung frei.**

....., den..... **Unterschrift:**.....