



## Anmeldeformular



(Bitte in frankiertem Umschlag senden an: Isabella Marker, Falkensteinstraße 9, 82467 Garmisch-Partenkirchen, Tel. +49 (0)8821 912702 oder mit Unterschrift per Email an: [info@isabella-marker.com](mailto:info@isabella-marker.com))

Hiermit melde ich mich verbindlich für eine Einzelsitzung / Intensiv-Einzelseminar (Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen) an:

### EINZELSITZUNG / EXKLUSIV EINZEL-SEMINARE

- Einzelsitzung | Praxis | Fernheilung\* | 1 Sitzung | 200.- €
- Exklusiv-Einzel-Seminar: ..... | 1 Tag | 500.- € | zzgl. Verpflegung

Name: .....  
Straße: .....  
PLZ, Ort: .....  
Telefon/Mobil: ..... email: .....

- Ich bringe den Betrag ..... in bar zur Sitzung/Seminar mit.
- Den Betrag/eine Anzahlung über ..... €, habe ich am ..... auf das Konto Isabella Marker, Kreissparkasse Garmisch-Partenkirchen, IBAN: DE40 7035 0000 0011 2088 73; BIC: BYLADEM1GAP, überwiesen.

\*Bei Fernheilungen bitte den Sitzungsbetrag von 200.- € vorab zum vereinbarten Termin überwiesen.

Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und erkenne sie mit meiner Unterschrift an.  
Für alle Termine/Seminare gilt: Meine Daten werden ohne meine Zustimmung nicht an Dritte weitergegeben, außer zur Vertragserfüllung (z.B. an das Seminarhaus oder die Seminarorganisation vorort) im Rahmen des Art. 6 Abs.1 lit. b DSGVO.

Datum/Ort: ..... Signatur: .....

### ANMELDE- UND TEILNAHMEBEDINGUNGEN

**HALB- BIS EINTÄGIGE SEMINARE:** Anmeldung schriftlich (hierzu bitte Anmeldeformular ausgefüllt und unterschrieben an Isabella Marker senden/mailen, sowie die jeweilige Kursgebühr auf das Konto Isabella Marker, Kreissparkasse Garmisch-Partenkirchen, IBAN: DE40 7035 0000 0011 2088 73; BIC: BYLADEM1GAP überweisen). Bei Rücktritt bis 14 Tage vor dem Seminar werden 30.- € als Bearbeitungsgebühr einbehalten, bei späterem Rücktritt die volle Teilnahmegebühr, es sei denn, es wird eine Ersatzperson gestellt.

**MEHRTÄGIGE SEMINARE:** Anmeldung schriftlich (hierzu bitte Anmeldeformular ausgefüllt und unterschrieben an Isabella Marker senden/mailen, sowie die jeweilige Kursgebühr auf das Konto Isabella Marker, Kreissparkasse Garmisch-Partenkirchen, IBAN: DE40 7035 0000 0011 2088 73; BIC: BYLADEM1GAP überweisen). Bei Rücktritt bis 14 Tage vor dem Seminar werden 60.- € als Bearbeitungsgebühr einbehalten, bei späterem Rücktritt die volle Teilnahmegebühr, es sei denn, es wird eine Ersatzperson gestellt.

**GÜLTIG FÜR ALLE o.g. TERMINE:** Jede/r Teilnehmer/in trägt die volle Verantwortung für sich und ihre/seine Handlungen inner- und außerhalb der Veranstaltung. Eigene Haftpflicht- und Krankenversicherung der Teilnehmer wird vorausgesetzt. Die Veranstalter oder Seminarleitung haften nicht für Schäden an Einrichtung, Besitz oder Personen. Die Teilnahme ist freiwillig und geschieht auf eigenes Risiko.  
Die Veranstaltung/das Seminar ist kein Ersatz für medizinische oder psychiatrische Behandlungen.  
Falls ein Seminar von Seiten der Kursleitung storniert werden muss, wird die gesamte Seminargebühr rückerstattet, weitere Ansprüche sind ausgeschlossen.



## Fragebogen zur Person

<b>Vorname:</b>	<b>Nachname:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Geburtstag:</b>
	Uhrzeit:
	Ort:
<b>Telefon:</b>	<b>Ausbildungen:</b>
<b>Mobil:</b>	
<b>Email:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Notfall Kontakt:</b>	<b>Telefon / Mobil:</b>
<b>Verheiratet:</b>	Seit wann?:
<b>Geschieden / getrennt:</b>	Seit wann?:
<b>Aktuelle Partnerschaft:</b>	Seit wann?:
<b>Familiensituation:</b>	
<b>Kinder:</b>	
<b>Name Mutter:</b>	Lebt in:
Alter/ Geburtsdatum:	Verstorben am:
Erlebte Kindheit / Eigenes Verhältnis zur Mutter:	
<b>Name Vater:</b>	Lebt in:
Alter/ Geburtsdatum:	Verstorben am:
Erlebte Kindheit / Eigenes Verhältnis zum Vater:	



## Fragebogen zur Person - Seite 2

**Therapeutische Erfahrungen - Was? Wann?**

*z.B. Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch-fundierte, Verhalten-, Gesprächs-, Gestalt-, Atem-, Körperarbeit, Aufstellungen etc. Einzeln u./o. Gruppen*

**Erfahrungen mit schamanischer u./o. energetischer Heilarbeit - Was? Wann?****Körperliche Verfassung:**

*z.B. Stoffwechsel / Autoimmunerkrankungen, Psychosomatische Diagnosen, etc.*

Behandelnder Arzt / Ärztin:

Telefon:

**Seelische Verfassung:**

*z.B. Ängste, Zwänge, Depressionen, Burn-out, Manie, Schizophrenie, Suizidgefährdung etc.*



## Fragebogen zur Person - Seite 3

Seelische Verfassung - Übertrag:


**Familiäre Häufung / Anfälligkeiten von Erkrankungen - Wer? Was? Wann?**

*Wenn ja: Name/n, Art der Beziehung, wie und wann gestorben? Gab(gibt es z.B. auffällige Verhaltensänderungen im eigenen Wahrnehmen oder z.B. dem des Familienmitglieds?)*


**(Kürzlich) Verstorbene/r:**

*z.B. im Umfeld des Familien- / Freundeskreises (inkl. geliebte Tiere)?*


**Verstorbene in der Familie - Familienverhältnis - Wer? Wann?**

*z.B. durch Unfall, Suizid, Koma, in der Narkose?*


**Aktuelles Thema der Sitzung:**

*ggf. neues, verändertes Thema?*


**Fragebogen zur Person - Seite 4**

Aktuelles Thema der Sitzung - Übertrag:


**Einnahme ärztlich verordneter Medikamente - Was? Seit wann? Wie lange? Wie oft?**


**Regelmäßige Einnahme Drogen inkl. Alkohol - Was? Wie lange? Wie oft?**


**Was soll sich als Ergebnis unserer Arbeit einstellen?**


Ort, Datum:

Signatur: