



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)

Hiermit melde ich mich verbindlich für ein(e) Einzelsitzung / Tages-Seminar (Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen) an:

EINZELSITZUNG / TAGES-SEMINAR

- Einzelsitzung | Praxis | Fernheilung* | 1 Sitzung | 200.- €
- Tages-Seminar: | 500.- € | zzgl. Verpflegung

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

- Ich bringe den Betrag in bar zur Sitzung/Seminar mit.
- Den Betrag über €, habe ich am auf das Konto Isabella Marker, Sparkasse Oberland, IBAN: DE06 7035 1030 0011 2088 73; BIC: BYLADEM1WHM, 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, Sparkasse Oberland, IBAN: DE06 7035 1030 0011 2088 73; BIC: BYLADEM1WHM 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, Sparkasse Oberland, IBAN: DE06 7035 1030 0011 2088 73; BIC: BYLADEM1WHM 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

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



Fragebogen zur Person - Seite 2

| | |
|---|----------|
| Therapeutische Erfahrungen - Was? Wann? | |
| <i>z.B. Psychoanalyse, Tiefenpsychologisch-fundierte, Verhalten-, Gesprächs-, Gestalt-, Atem-, Körperarbeit, Aufstellungen etc. Einzeln u./o. Gruppen</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Erfahrungen mit schamanischer u./o. energetischer Heilarbeit - Was? Wann? | |
| | |
| | |
| | |
| Körperliche Verfassung: | |
| <i>z.B. Stoffwechsel / Autoimmunerkrankungen, Psychosomatische Diagnosen, etc.</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| Behandelnder Arzt / Ärztin: | Telefon: |
| | |
| Seelische Verfassung: | |
| <i>z.B: Ängste, Zwänge, Depressionen, Burn-out, Manie, Schizophrenie, Suizidgefährdung etc.</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



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:
