**Fragebogen** zur Erstellung einer Therapeutenliste

Diese Liste wird **nicht veröffentlicht**, sie dient nur dazu, bei Anfragen den Patienten einen Therapeuten in seiner Nähe nennen zu können.

Bitte ankreuzen und zurücksenden an

illuminare GmbH Angela Frauenkron-Hoffmann, Drinklanger Str. 9, L - 9911 Troisvierges (Luxemburg)

oder per Mail: info@biologisches-dekodieren.de

[ ]  Ich arbeite nicht mit dem Biologischen Dekodieren

[ ] Ich arbeite mit dem Biol. Dekodieren, möchte aber nicht weiterempfohlen werden

[ ] Ich arbeite mit dem Biol. Dekodieren und gebe nähere Informationen:

[ ] Ich arbeite nur mit Kindern

[ ] Ich arbeite nur mit Erwachsenen

[ ] Ich arbeite mit Patienten/Klienten jeder Altersgruppe

[ ] Ich arbeite auch mit behinderten Menschen

[ ] Ich arbeite nur in der Lebensberatung (nicht mit kranken Menschen)

[ ] Ich arbeite auch mit körperlich kranken Menschen

[ ] Ich arbeite mit Krebspatienten

[ ] 

Meine (zusätzlichen) Ausbildungen und in meiner Praxis angewendeten Methoden sind:

[ ] Medizin (Arzt), eventuelle Spezialisierung:

[ ] Heilpraktiker

[ ] Heilpraktiker für Psychotherapie

[ ] Physiotherapeut Meine **Sprachen** sind:

[ ] Psychologe [ ] Deutsch

[ ] Psychotherapeut [ ] Englisch

[ ] Ergotherapeut [ ] Französisch

[ ] Krankenpflege [ ] Niederländisch

[ ] Osteopathie [ ] Spanisch

[ ] Familienstellen  [ ]

[ ] Pädagogik

[ ] Kinesiologie

[ ] Therapie durch Emotionale Umkehr

[ ] Homöopathie

[ ] 

[ ] 

Bemerkungen oder weitere persönliche Informationen:

**Name, Adresse:**

  **Telefon:**       **Mail-Adresse:**       **Internetseite:**

Ich bin explizit damit einverstanden, dass mein Name und meine Mailadresse an interessierte Patienten weitergegeben werden. Dieses Einverständnis kann natürlich jederzeit widerrufen werden.

Datum:

**Unterschrift: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .**