

PranaVita - Zertifizierungsprogramm



PRANAVITA ENERGETIKER/IN

Name, Ort: _____

KLIENT/IN Name: _____

Name behandelnder Arzt/Ärztin: _____

Diagnose (Arzt): _____

Symptome: _____

Ausfüllen durch die/den KlientIn: (für weitere Ausführungen bitte die Rückseite verwenden)
Bitte beschreiben Sie Ihren Zustand vor der PranaVita-Behandlung und die Verbesserung danach:

Datum: _____ Unterschrift KlientIn _____

Ausfüllen durch EnergetikerIn

Anzahl Behandlungen: _____

Beginn d. Behandlung(en) (Datum): _____ Ende d. Behandlungen (Datum) _____

Beschreibung der Behandlung:

Datum: _____ Unterschrift (PV-Energetikerin) _____

PranaVita-TrainerIn Datum: _____ Unterschrift _____

