

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Was ist Dein/Ihr Ziel/Wunsch für diese Anwendung mit ätherischen Ölen ?

---

---

***Da manche ätherische Öle z.B. blutverdünnend, oder wärmend/kühlend usw. wirken können, ist es für mich wichtig ein paar Befindlichkeiten vor der Raindrop abzuklären.***

Sind Allergien gegen bestimmte Pflanzen(arten) vorhanden? Ja  Nein

Wenn ja – welche? \_\_\_\_\_

Gibt es zur Zeit akute Beschwerden die ich wissen sollte ? : Ja  Nein

(Erkältung, Verletzung, Operation...)

Welche? \_\_\_\_\_

Chronische Krankheiten? *(bitte zutreffendes unterstreichen)*

Kopfschmerzen

Schwindel

Bluthochdruck

Herzbeschwerden

Krebs

Epilepsie

Allergien

Andere? \_\_\_\_\_

Liegt eine Schwangerschaft vor? Dann müssen wir die Raindrop leider bis nach der Stillzeit verschieben.

**Ich habe den Ablauf der Raindrop-Technik gehört und verstanden und werde meiner Raindrop-Praktikerin alle Veränderungen mitteilen.**

**Nur für notwendige Kontaktaufnahme werden die Kontaktdaten aufbewahrt**

(sie werden von mir nicht digital gespeichert).

Datum:

Unterschrift: