



Internationale Prana-Schule Austria
Prana Vita - Zertifizierungsprogramm



PRANAVITA THERAPEUT/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-Therapie und die Verbesserung/Heilung danach:

Datum: _____ Unterschrift KlientIn _____

Ausfüllen durch TherapeutIn

Anzahl Behandlungen: _____

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

Beschreibung der Behandlung: _____

Datum: _____ Unterschrift (TherapeutIn) _____

Ausfüllen: PranaVita-TrainerIn

Hiermit bestätige ich die Angaben: Datum: _____ Unterschrift _____