

# Chakreninformation

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Thema: \_\_\_\_\_

Zusatzinformationen notwendig: \_\_\_\_\_

Schmerzskala: \_\_\_\_\_ % rechte + linke Körperseite gleich: ☺ ja ☹ nein

Allgemeine Aurareinigung: : ☺ ja ☹ nein \_\_\_\_\_ Durchgänge

	<b>Primäre Chakren</b>	gereinigt	vitalalisiert	Farbe
<b>Primäre Chakren</b>	Krone	☺	☺	
	Ajna	☺	☺	
	Hals	☺	☺	
	Herz	☺	☺	
	Solar	☺	☺	
	Nabel	☺	☺	
	Wurzel	☺	☺	
<b>Sekundäre Chakren</b>	Stirn	☺	☺	
	Hinterkopf	☺	☺	
	Medulla	☺	☺	
	Milz	☺	☺	
	Mingmen	☺	☺	
	Sex	☺	☺	
	Perineum	☺	☺	
<b>Neben chakren</b>	Hände	☺	☺	
	Füße	☺	☺	
	Augen	☺	☺	
	Kiefer	☺	☺	
	Schläfen	☺	☺	
	Achselhöhlen	☺	☺	
	Ellbogen	☺	☺	
	Hüft	☺	☺	
	Knie	☺	☺	
<b>Organe</b>	Nieren	☺	☺	
	Darm	☺	☺	
	Leber	☺	☺	
	Bauchspeicheldrüse	☺	☺	
	Schilddrüse	☺	☺	
	Epiphyse	☺	☺	
	Thymusdrüse	☺	☺	
	Gonaden/Eierstöcke	☺	☺	

Für Zuhause: \_\_\_\_\_

Folgesitzung : ☺ ja ☹ nein Wie viele: \_\_\_\_ Zeitabstand ☺ 1-3 ☺ 4-8 ☺ 8-14 ☺ 14-21Tage

Unterschrift: \_\_\_\_\_