

# Energietherapie



Wolfgang Rother

<b>Vorbereitung zur Sitzung</b>	Datum Ort
<i>Wichtig für den Erfolg Ihrer Sitzung ist, kein <b>Alkohol, Kaffee, Schwarztee, Cola oder Drogen zu konsumieren!</b> Wenn der Klient Medikamente nimmt, nicht absetzen, nur nach Rücksprache mit seinem Arzt.</i>	
Vorname	Nachname
Geburtsdatum	
<b>Ziel</b> <i>Fluch, Verwünschung, Magie, Gefühle, Muster der Vorfahren, Seelenbesetzung, Karma, Eid, Schwur, Gelübde, dunkler Vertrag. Was wollen Sie durch die Sitzung/en erreichen?</i>	
<b>Symptome</b> <i>Welche Symptome treten bei Ihnen in Erscheinung?</i>	
<b>Träume</b> <i>Was passiert in ihren Träumen?</i>	
<b>Schockerlebnisse</b> <i>Verlust von nahen Angehörigen / Bekannten, Autounfälle, mit Tieren oder schlechten Nachrichten</i>	

## *Beziehungen*

*Bitte zeichnen Sie sich in die Mitte. Alle Partner, Verwandten, , auch Ex-Partner mit neuer Partnerin, deren Eltern und Geschwistern, Bekannten, Personen, auf die Sie einen Hass, Groll, Zorn haben oder unerfüllte Liebe, im jeweiligen Abstand zu Ihnen und bewerten Sie mit -10 negativ bis + 10 positiv.*

## *Bitte beantworten Sie folgende Fragen:*

- *Können Sie sich selbst respektieren und haben Sie Selbstachtung?*
- *Können Sie sich lieben und bewundern?*
- *Sind Sie zufrieden?*
- *Haben Sie ein normales Selbstwertgefühl?*
- *Lassen Sie sich alles gefallen?*
- *Wer müsste weg aus ihrem Leben?*
- *Haben Sie eine unerträgliche Beziehung?*
- *Wer raubt ihnen Energie?*
- *Was haben Sie für Bedürfnisse?*
- *Folgen Sie ihrer inneren Stimme?*
- *Achten Sie auf ihre Eingebung?*
- *Haben Sie Stress. Wut, Hass, Zweifel?*
- *Machen Sie Kompromisse?*
- *Haben Sie einen Job ohne Liebe?*
- *Haben Sie ungelöste Probleme/Sorgen?*
- *Haben Sie unterdrückte Gefühle, Ängste und Hoffnungslosigkeit?*

## *Fähigkeiten*

*Was machen sie gern? Was fällt ihnen leicht?*

## *Lebensaufgabe*

*Wissen Sie oder vermuten Sie ihre Lebensaufgabe?*

## *Sonstige Notizen*