

## Haftungsausschluss für Atemarbeit

**Name**

**Geburtsdatum**

Ich erkläre, dass ich mich in keiner der folgenden Kontraindikationen wiedererkenne.

- Schwangerschaft
- Asthma
- Epilepsie
- Unbehandeltes/schweres PTSD
- Abgelöste Netzhaut
- Vorbestehende Lungenerkrankungen
- Schlaganfälle
- Kürzlich durchgeführte grössere Operationen
- Glaukom
- Unkontrollierter Bluthochdruck
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschließlich früherer Herzinfarkte)
- Psychische Störungen (manische Störung, bipolare Störung, Schizophrenie, Zwangsstörung, Paranoia, psychotische Episoden, Depersonalisation usw.)
- Schlaganfälle, TIA's, Schlaganfälle, TIA's, Krampfanfälle oder andere Erkrankungen des Gehirns/der Neurologie
- Aneurysmen in Ihrer unmittelbaren Familie
- Verwendung von verschreibungspflichtigen Blutverdünnern
- Krankenhausaufenthalte wegen psychiatrischer Erkrankungen oder emotionaler Krisen innerhalb der letzten 10 Jahre
- Osteoporose oder körperliche Verletzungen, die noch nicht vollständig ausgeheilt sind
- Akute somatische und virale Erkrankungen
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD-II und COPD-III)
- Chronische Erkrankungen mit Symptomen einer Dekompensation oder einer unheilbaren Krankheit- Individuelle Unverträglichkeit von Sauerstoffinsuffizienz- Krebs, es sei denn, IHT wird von einem Arzt verschrieben
- Geringe Impulskontrolle

Ich bin mir bewusst, dass ich, falls einer der oben genannten Punkte auf mich zutrifft, verpflichtet bin, den Facilitator darüber zu informieren.

Ich verstehe, dass ich für meine eigene Gesundheit (emotional und physisch) voll verantwortlich bin und dass ich mich in einem guten Zustand befinde,

wenn ich an der Atemarbeitssitzung teilnehme. Ich bin mir bewusst, dass ich mindestens 24 Stunden vor der Breathwork-Sitzung frei von Alkohol und anderen Substanzen sein muss. Es ist mein eigenes Risiko, an der Sitzung teilzunehmen, während ich Alkohol oder (verschreibungspflichtige) Medikamente eingenommen habe. Ich verstehe, dass Breathwork eine alternative Heilmethode ist und niemals als Ersatz für eine direkte medizinische Behandlung verwendet werden sollte. Ich verstehe, dass ich durch eine Breathwork-Sitzung einen veränderten Bewusstseinszustand erfahren kann und dass ich mit vergangenen Schmerzen und Traumata konfrontiert werden kann, die unterdrückt, vermieden oder vergessen wurden. Breathwork ist ein kraftvolles Werkzeug, um diese tief verwurzelten (emotionalen) Schmerzen zu heilen. Ich erkläre hiermit, dass ich gesund und vollständig in der Lage bin, an einer Breathwork-Session teilzunehmen.

**Datum**

**Ort**

**Unterschrift**