Die-Puste-Blume

Ich möchte sie zur **Aroma- bzw. Kräuterberatung** herzlich begrüssen. Meine Ausbildung zur Dipl. Aromapraktikerin habe ich 2014/2015 in Graz abgeschlossen, Dipl. Kräuterexpertin nach FNL/ 2017 in Kärnten. Aromapraktiker fallen Gewerberechtlich in den Bereich „ Humanenergetik“. Die Beratung, Empfehlung und Anwendung erfolgt anhand des 3 Ebenen Modells der WKO ([www.humanenergetiker.co.at](http://www.humanenergetiker.co.at/)), welches am Bspl. „Düfte & Aromen-ätherische Öle“ erklärt wurde. Nun unterstütze ich sie bei der Auswahl und Anwendung passender naturreiner Ätherischer Ölmischungen, Hydrolaten, pflanzlichen Ölen sowie Kräuter, Gewürze oder Teemischungen . Meine Bezugsquellen sind Fachliteratur, Kolleginnen und qualitativ hochwertige Erfahrungswerte. Ziel ist es Wohlbefinden und eine Harmonische Atmosphäre zu erzeugen. Dazu benötige ich einige vertrauliche Informationen , Befindlichkeiten und Biographierhebung. Dies alles wird selbstverständlich Streng vertraulich behandelt!

Es wird eine persönliche, für sie individuelle Mischung erstellt mit Informationsblatt und Anwendungshinweise. Mein Honorar für dieses Beratungsgespräch beträgt 50 Euro zeitunabhängig!

Vor- und Zuname:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Telefonnr. bzw. Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Familienstand:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Anzahl der Kinder mit Geburtsjahr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Zusatzversicherung:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EINVERSTÄNDNISSERKLÄRUNG:**

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass die Angaben über meinen Gesundheitszustand ausschließlich der Auswahl oben genannter Produkte dienen,welche unter Berücksichtigung meiner individuellen Befindlichkeit Wohlbefinden, Entspannung, Harmonisierung, Aktivierung erzeugen. Die Beratung und die Auswahl der komponenten stellen keine Heilbehandlung dar. Sie ist kein Ersatz für eine ärztliche Konsultation/ Diagnose bzw. eine psychologische/ psychotherapeutische Behandlung oder Untersuchung. Ebenso ist sie keine Lebens- oder Sozialberatung. Ich wurde darüber informiert dass ich für Diagnoseerstellung und Therapie einen Arzt oder Therapeuten aufzusuchen habe. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, oben stehenden Inhalt gelesen und vollinhaltlich verstanden zu haben, sowie mit der vorgehensweise einverstanden zu sein.

Ort: Wildschönau, Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



MoserManuela,seite 1 von 4.

**Abfrage zur energetischen Aroma/ Kräuterberatung .Vom Klienten/von der Klientin auszufüllen:**

**Name des/der KlientIn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_

Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen?

 ich kann gut durchhalten und bin konsequent

 ich starte schnell, habe aber bald keine Lust mehr und muss mich zum Durchhalten zwingen

 ich bin generell lustlos, müde und erschöpft

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie steht es mit Ihrem Umsetzungsvermögen?

 ich habe viele Ideen, bringe sie aber nicht „auf den Boden“

 das, was ich mir vornehme, setze ich normalerweise auch um

 ich habe Angst vor Veränderungen, tue mir schwer, neues zu akzeptieren und ungewohnte Wege zu beschreiten

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie steht es mit Ihrer Energie?

 ich fühle mich grundsätzlich wach, aktiv, leistungsfähig und frisch

 ich bin müde und erschöpft (körperlich)

 ich bin müde und erschöpft (seelisch)

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie sehen Ihre Beziehungen zu Menschen allgemein aus?

 ich fühle mich oft unangenehm beobachtet

 ich fühle mich akzeptiert und geliebt

 ich bin offen für Menschen, die ich neu kennen lerne

 ich bin beim Kennenlernen neuer Menschen distanziert und beobachte lange, bevor ich mich öffne

 ich stehe gerne im Mittelpunkt – egal ob unter Bekannten oder Fremden

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihren Beruf?

 ich stehe oft unter Druck – das belastet mich sehr

 ich fühle mich durch neue Herausforderungen motiviert

 ich habe regelmäßig Angst zu versagen

 ich bin nur ein „kleines Rädchen“ im System, das keinen Einfluss besitzt – die Marionette anderer

 ich bin immer auf der Suche nach neuen Ideen und Herausforderungen, wechsle gerne meinen Arbeitsplatz

 ich fühle mich oft ungerecht behandelt

 ich fühle mich geschätzt und gerecht behandelt

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre Persönlichkeit?

 ich bin perfektionistisch veranlagt - es macht mich „krank“, wenn mir ein Fehler unterläuft

 ich fühle mich für alles und jeden verantwortlich

 ich fühle mich nur dann richtig wohl, wenn es meinen Lieben um mich herum gut geht und sie zufrieden sind

 ich darf niemanden kränken

 ich fühle mich sehr häufig unverstanden

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was sind Ihre Stärken?

 Offenheit, geistige Flexibilität und viele Ideen

 ich behalte stets den Überblick und kann Dinge durchsetzen

 ich gehe Dinge ruhig an und höre erst auf, wenn sie erledigt sind

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MoserManuela,seite 2 von 4

Was sind die Ursachen Ihrer Fehler?

 ich war abgelenkt, unkonzentriert und nervös

 ich bin zu wagmutig oder zu risikobereit

 ich war geistig abwesend oder zu langsam in der Reaktion

 sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Von dem/der Aromapraktiker/-in auszufüllen:**

 KlientIn in völliger Harmonie  zu wenig Erdung \*)  zu wenig Leichtigkeit \*\*)  zu wenig (Selbst-)Liebe \*\*\*)  KlientIn zentrieren  Loslassen aktivieren \*\*\*\*)

 Selbstvertrauen stärken \*\*\*\*)  Durchsetzungsvermögen stärken \*\*\*\*)

 „Geborgenheits“-Mischung erstellen (Ängste )\*\*\*\*)  generell eher beruhigende Mischung erstellen \*\*\*\*)  generell eher aktivierende Mischung erstellen \*\*\*\*) \*) Fuß-(Basis-)noten unbedingt hinzufügen \*\*) Kopfnoten (v.a. Zitrusöle) unbedingt hinzufügen \*\*\*) Blüten unbedingt hinzufügen \*\*\*\*) fette Öle als Nahrungsergänzung („Nervennahrung“)

**Abfrage zur Beobachtung der Vorsichtsgebote und Kontraindikationen :**  Name des Klienten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Leiden sie unter einer schweren Krankheit(z.Bspl. Aids, Hepatitis, Multible Sklerose, Osteoporose, Rheuma,etc.)oder hatten sie eine dieser krankheiten bereits? Wenn ja, welche und wann bzw. seit wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Haben sie zur Zeit eine akute Infektion,ansteckende Krankheit oder Fieber? Wenn Ja,welche und wann bzw.seit wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Besteht zur Zeit eine Entzündung in ihrem Körper(z.B. Arthritis)? Wenn ja, welche und wann bzw. seit wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Allergien: Wenn ja,welche und wann bzw. seit wann:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Operationen: Wenn ja ,welche und wann (Jahr): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Hatten sie schon einmal einen epileptischen Anfall?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Angaben zu ihrem Blutdruck bzw. Puls?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krampfadern, Venentzündungen, Hämorrhoiden?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden sie unter Erkrankungen des Verdauungstraktes?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sind sie derzeit in homöopathischer Behandlung?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen sie regelmäßig blutverdünnende Medikamente ein(z.B. Aspirin, Heparin,Thrombo ass,...)

Wenn ja, welche?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben sie andere Beschwerden/ Krankheiten die hier nicht angeführt wurden und für die Beratung relevant sein könnte?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Bestehen zur Zeit offene Wunden?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

Leiden sie unter Hautkrankheiten oder Stoffwechselstörungen, die sich über ihre Haut zeigen (z.b. Gürtelrose, Schuppenflechte, Fieberblasen,...)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ist ihre Haut generell eher trocken\_\_, fett\_\_, normal\_\_?

Ist ihre Haut im Gesicht eher trocken\_\_, fett\_\_, normal\_\_\_?

**Nur bei Frauen:** Wenn sie Schwanger sind bitte die Schwangerschaftswoche angeben?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verwenden sie hormonelle Verhütungsmittel?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MoserManuela,seite 3 von 4

**Anwendungsmöglichkeiten und Empfehlungsbogen:**  Name des/der Klientin:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geb.Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Erstellt am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Was erwarten sie sich von Aromaberatung oder Kräuterberatung.Was möchten sie stärken, verändern?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Düfte oder Kräuter bevorzugen sie?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solarium?\_\_\_ Sonnenbäder?\_\_\_ Baden sie gerne?\_\_\_ Lassen sie sich gerne massieren?\_\_Können sie sich vorstellen,sich tgl. die Füsse einzuölen?\_\_\_ Haben sie Probleme beim einnehmen von Ölkuren?\_\_\_\_Können sie an ihrem Arbeitsplatz Duftmischungen aufstellen?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gibt es aufgrund des Gesundheitsfragebogens,Einschränkungen bei der Auswahl ätherischer Öle?

Nein

Ja und zwar folgende

Gleichzeitige Einnahme von homöopathischen Mitteln, keine Minzen, Kamillen, Kampferhältigen ÄÖ Keine unter Umständen RR/P senkenden Pfleanzen oder ÄÖ. Keine unter Umständen RR/P steigernde Pflanzen oder ÄÖ. .

**Erklärung zur Verschwiegenheitspflicht**

abgeschlossen zwischen

**NAME/Firma, Firmenbuchnr.**, Adresse

und

**NAME,** Adresse, eventuell SV Nr.

Ich, im folgenden **Dienstleister** genannt, verpflichte mich, das Datengeheimnis gemäß den Bestimmungen der neuen Datenschutzgrundverordnung DSG VO (und des noch gültigen DSG 2000 § 15) in der jeweils geltenden Fassung zu wahren. Als Dienstleister verpflichte ich mich zudem, zur Erfüllung des Datenschutzes und der Datensicherheit, unabhängig davon, ob es sich um gesetzliche Verpflichtungen oder um betriebliche Anordnungen handelt. Ich bestätige, dass ich von \_\_\_\_\_\_\_\_\_, im folgenden **Auftraggeber** genannt, zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet worden bin und dass ich allfällige weiterreichende Bestimmungen über die Geheimhaltungspflichten ebenfalls beachte.

Meine Schweigepflicht erstreckt sich auf alles, was mir in der Ausübung oder bei Gelegenheit meiner beruflichen Tätigkeit bekannt geworden ist, oder noch bekannt wird. Sie besteht gegenüber jedermann, auch gegenüber Angehörigen nach § 25 der Bundesabgabenordnung oder sonstigen nahestehenden Personen und Kollegen.

Präambel

(1)Die Geheimhaltung der vertraulichen Informationen gegenüber Dritten ist für die Parteien von größter Bedeutung, insbesondere dass diese vertraulichen Informationen in keiner Form weitergegeben oder verwertet werden.

(2)In Anbetracht des vorstehend Ausgeführten vereinbaren die Parteien folgendes:

Geheimhaltungsverpflichtung

(1)Der Parteien verpflichten sich, jegliche Informationen, die durch die Zusammenarbeit entstehen, streng vertraulich zu behandeln und dafür Sorge zu tragen, dass unbefugte Dritte, keine Kenntnis hiervon erlangen können. Diese Verpflichtung zur Geheimhaltung der erlangten Informationen schließt insbesondere die Pflicht ein, vertrauliche Informationen nicht für wettbewerbliche Zwecke zu nutzen.

(2)Weiters verpflichten sich die Parteien, dass diese vertraulichen Informationen nicht in irgendeiner Weise ohne ausdrückliche vorherige Zustimmung seitens der jeweils anderen Partei für eigene Zwecke genutzt werden.

(3)Die Parteien verpflichten sich, vertrauliche Informationen ausschließlich solchen Mitarbeitern, ausgewählten externen Personen, wie Rechtsanwälten, Steuerberatern und Wirtschaftsprüfern sowie sonstigen Beratern und Mitgliedern von Gremien zu offenbaren, die für die in der Präambel genannten Zwecke Zugang erhalten müssen.

(4)Die Parteien verpflichten sich, im Falle einer gesetzlich zwingenden Offenlegung der erhaltenen Informationen, dies sofort der anderen Partei mitzuteilen, sodass diese die entsprechenden Regelungen zur Wahrung der größtmöglichen Vertraulichkeit der Informationen treffen kann.

Vereinbarungsdauer

(1)Die Vertraulichkeitsvereinbarung gilt für die gesamte Zeit der Gespräche über eine mögliche Zusammenarbeit sowie für den gesamten Zeitraum der Zusammenarbeit.

(2)Nach Beendigung der Gespräche oder der Kooperation gilt diese Vereinbarung für weitere zwei Jahre. Für den Beginn der Frist ist das jeweils spätere Ereignis maßgelblich.

Rückgabe von Unterlagen

(1)Die Vertragspartner verpflichtet sich, alle im Rahmen der Zusammenarbeit vom jeweils anderen Partner erhaltenen Unterlagen, Dokumente und Informationen über Personenbezogene, sensibler Daten auf Aufforderung zu retournieren und alle erstellten Kopien (inklusive elektronische Kopien auf Festplatten und sonstigen Datenträgern) zu vernichten bzw. zu löschen.

Schlussbestimmungen

(1)Diese Geheimhaltungsvereinbarung unterliegt österreichischem Recht.

(2)Für sämtliche Streitigkeiten aus oder im Zusammenhang mit dieser Vereinbarung vereinbaren die Vertragsparteien die ausschließliche Zuständigkeit des sachlich zuständigen Gerichtes in Österreich.

(3)Allfällige Änderungen und/oder Ergänzungen diese Geheimhaltungsvereinbarung bedürfen der Schriftform.

**Auftraggeber**

Name / Unterschrift:

Ort, Datum:

**Dienstleister**

Name / Unterschrift:

Ort, Datum: