Partner-Fragebogen

zur Datenerfassung für das Heilerverzeichnis „In guten Händen“ und die AUSWEGE/IVH-Datenbank

Bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden an:
Stiftung AUSWEGE, Zollerwaldstr. 28, 69436 Schönbrunn

Titel: _____ Vor-, Nachname: _____

Praxisanschrift:

Strasse: _____ Nr.: _____

Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Tel.: _____ Mobil: _____

Telefonisch am besten erreichbar: _____

Praxissprechzeiten: _____

Fax: _____

eMail: _____ Homepage: _____

1 Mein Geburtsjahr: .....

2 **Mein Beruf**: .....

3 **Heilerisch tätig bin ich seit** ..... (Jahr)

4 Geistiges Heilen praktiziere ich
☐ hauptberuflich
☐ nebenberuflich
☐ nur gelegentlich

5 Ich bin Mitglied eines Heilerverbands.
☐ Ja, nämlich .....
☐ Nein

6 Wieviele Hilfesuchende betreuen Sie durchschnittlich
pro Tag? .....
pro Woche? .....

7 Welche Formen Geistigen Heilens wenden Sie an?
(mehrere Antworten möglich)
☐ traditionelles Handauflegen
☐ Gebetsheilen/Fürbitte
☐ Reiki
☐ Wai Qi (therapeutisches Qi Gong)
☐ Prana-Heilen
☐ Therapeutic Touch
☐ Chakra-Therapie
☐ Esoterisches Heilen (nach Bailey)
☐ Gruppenheilen
☐ Schamanismus
☐ Exorzismus
☐ Psychochirurgie (Logurgie)
☐ Mediales Heilen
☐ Besprechen
☐ Radionik
☐ (Heil-)Meditation
☐ Sonstige, nämlich .....

.....

.....

8 Wie lange dauert eine Heilsitzung bei Ihnen im Durchschnitt?

..... (Minuten)

9 Was kostet eine einzelne Sitzung bei Ihnen?

..... (Währung:) .....

☐ Ich nehme keine Honorare an, sondern nur Spenden.
☐ Ich helfe unentgeltlich.

Bieten Sie Sonderkonditionen für kranke Kinder?
☐ Ja, nämlich .....

.....

☐ Nein.

10 Welche Krankheiten/Leiden sprechen nach Ihren Erfahrungen auf Geistiges Heilen besonders gut an?

.....

.....

.....

.....

11 Andererseits: Welchen Krankheiten/ Leiden ist mit Geistigem Heilen nach Ihren Erfahrungen besonders schwer bzw. gar nicht beizukommen?

.....

.....

.....

12 Wie läuft eine Heilsitzung bei Ihnen ab?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13 Bieten Sie außer Geistigem Heilen noch weitere Therapieformen an?
☐ nein
☐ ja, nämlich
- ☐ Bach-Blütentherapie
- ☐ Homöopathie
- ☐ Akupunktur
- ☐ Massage, nämlich

  .....
  (z.B. Fußreflexzonenmassage)
- ☐ Reinkarnationstherapie
- ☐ Aura-Soma
- ☐ Tiefenentspannung, nämlich

  .....
- ☐ Hypnose
- ☐ Shiatsu
- ☐ Polarity
- ☐ Rebalancing
- ☐ Cranio-Sacral-Therapie
- ☐ Gesprächstherapie
- ☐ Chirologie/Osteopathie
- ☐ Kinesiologie
- ☐ Radiästhesie

- ☐ Sonstige, nämlich .....

14 In welchen dieser Therapieformen haben Sie eine Ausbildung absolviert? (Wann? Wie lange? Bei wem?)

……

……

……

15 Arbeite(te)n Sie zusammen mit

☐ **einem Arzt?**
Seit _____(*Monat, Jahr)*

bzw. von_____bis_____

Name, Anschrift: ……:

……

……

☐ **einem Heilpraktiker?**
Seit _____(*Monat, Jahr)*

bzw. von …… bis ……

Name, Anschrift: ……

……

……

☐ **einem Psychotherapeuten?**
Seit _____(*Monat, Jahr)*

bzw. von …… bis ……

Name, Anschrift, Tel./Fax: ……

……

……

☐ **einer sonstigen medizinischen Einrichtung?**
Seit _____(*Monat, Jahr)*

bzw. von …… bis ……

Name, Anschrift: ……

……

……

Falls Sie Frage 15 mit Nein beantwortet haben:

16 Wären Sie zur Zusammenarbeit mit einem Arzt oder Vertretern eines anderen anerkannten Heilberufs bereit?
☐ Ja. ☐ Nein.

17 Wie haben Sie entdeckt, dass Sie geistig heilen können?

……

……

……

18 Haben Sie Geistiges Heilen irgendwo gelernt?
☐ Nein.
☐ Ja. Wo, bei wem, wie lange?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

19 Wie erklären Sie Ihre Heilfähigkeiten?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20 Wovon hängen Erfolge und Misserfolge Geistigen Heilens nach Ihrer Erfahrung ab?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

21 Was zeichnet Ihres Erachtens einen guten Heiler aus?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

22 Gibt es Veröffentlichungen über Sie (z.B. Bücher, Artikel) – sei es von Ihnen selbst oder von anderen Autoren verfasst?

☐ Nein.
☐ Ja, nämlich
.....

.....

.....
(Könnten Sie uns Kopien davon zusenden?)

23 Haben Sie schon einmal an einer wissenschaftlichen Studie teilgenommen?

☐ Nein.
☐ Ja, nämlich
.....

.....

☐ **Ich bin an einer Aufnahme in das IVH-Heilernetzwerk interessiert.**
Wenn Sie möchten, wird die IVH anhand Ihrer Angaben überprüfen, ob Sie ihre Vermittlungskriterien bereits erfüllen; hierbei wird ein Bewertungsverfahren eingesetzt, das Sie im Internet erläutert finden (http://ivh.stiftung-auswege.de).
*Im IVH-Bewertungsverfahren werden Behandlungserfolge bei chronischen, aus schulmedizinischer Sicht „behandlungsresistenten" Leiden besonders hoch gewichtet, vor allem dann, wenn ärztliche Unterlagen und/oder Stellungnahmen von Patienten vorliegen. Wenn Sie uns solche Fälle aus Ihrer Praxis berichten können, bitten wir Sie, dazu den beiliegenden **Meldebogen** zu verwenden.*
(Falls Sie mehrere solcher Fälle schildern möchten, kopieren Sie diesen Bogen bitte mehrfach, ehe Sie ihn ausfüllen.)

Als mögliche/n Partner/in der Stiftung AUSWEGE empfehle ich folgende/n Kollegen/-in:

Vor-, Zuname:
_____

Anschrift:
_____

Falls bekannt, geben Sie bitte auch dessen/deren Tel/Fax, eMail, Homepage an.