



Seestrasse
gemeinde

Bernstrasse 131
3613 Steffisburg
Inner Healing Ministry
sozo@lazarus.ch

Anmeldeformular für einen SOZO-Termin am _____

Sende Sie dieses Formular bitte zurück, um einen SOZO-Termin zu erhalten.

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

E-Mail Adresse: _____

Telefon / Mobil: _____

Alter: _____

Geschlecht: Weiblich Männlich

Gemeinde: _____

Wie haben Sie von SOZO erfahren und was wissen Sie davon?

Was erhoffen Sie sich von einem SOZO?

Bitte schildern Sie kurz in Stichworten Ihre Vorgeschichte (z. Bsp. Kur, Seelsorge, Therapien). Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

Weiss Ihre Gemeindeleitung oder Ihre Hauskirchenleitung davon, dass Sie ein SOZO empfangen wollen und ist sie damit einverstanden?

Kosten:

Für Mitglieder der Gemeinde Seestrasse und der GPMC ist der Dienst kostenlos. Externe Interessenten haben für die ca. 2-stündige Sitzung in der Regel einen Betrag von CHF 75.- zu bezahlen, der direkt vor Ort zu begleichen ist.

Hinweis:

Grundsätzlich wird alles, was Sie betrifft, vertraulich behandelt. Wir behalten uns jedoch vor, bei Hinweisen auf eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung, sowie bei Missbrauch von Kindern oder Hilfsbedürftigen, an entsprechende Behörden und Fachpersonen zu wenden.

Haftungsausschluss:

Hiermit entlasse ich die Gemeinde Seestrasse und die Teammitglieder des SOZO aus jeglichem Haftungsanspruch, der durch den von mir freiwillig wahrgenommenen Gebetsdienst entstanden ist. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei SOZO um einen Gebetsdienst handelt und nicht um eine professionelle Therapie (wie z. Bsp. medizinisch, psychotherapeutisch oder um eine Sozialarbeit). Ich verspreche, falls ich zur Zeit Medikamente einnehme oder unter professioneller medizinischer Behandlung stehe, diese nicht ohne Rücksprache mit dem behandelnden Arzt zu unterbrechen.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, die vorherigen Abschnitte gelesen und verstanden zu haben. Ich stimme ihnen zu.

Ort, Datum

Unterschrift