



Chakreninformation

Datum: _____ Name: _____ Geb.Datum: _____

Thema: _____

Schmerzskala: _____ % rechte + linke Körperseite gleich: ☺ ja ☺ nein

Allgemeine Aurareinigung: ☺ Ja ☺ nein _____ Durchgänge

	Primäre Chakren	gereinigt	vitalisiert	Farbe
Primäre Chakren	Krone	☺	☺	
	Ajna	☺	☺	
	Hals	☺	☺	
	Herz	☺	☺	
	Solar	☺	☺	
	Nabel	☺	☺	
	Wurzel	☺	☺	
Sekundäre Chakren	Stirn	☺	☺	
	Hinterkopf	☺	☺	
	Medulla	☺	☺	
	Milz	☺	☺	
	Mingmen	☺	☺	
	Sex	☺	☺	
	Perineum	☺	☺	
Neben-Chakren	Hände	☺	☺	
	Füße	☺	☺	
	Augen	☺	☺	
	Kiefer	☺	☺	
	Schläfen	☺	☺	
	Achselhöhlen	☺	☺	
	Ellbogen	☺	☺	
	Hüfte	☺	☺	
	Knie	☺	☺	
Organe	Nieren	☺	☺	
	Darm	☺	☺	
	Leber	☺	☺	
	Pankreas	☺	☺	
	Schilddrüse	☺	☺	
	Epiphyse	☺	☺	
	Thymusdrüse	☺	☺	
	Gonaden	☺	☺	

Für Zuhause: _____

Folgesitzung: ☺ ja ☺ nein Wie viele: _____ Zeitabstand ☺ 1-3 ☺ 4-8 ☺ 8 – 14 ☺ 14-21 Tage

Unterschrift: _____

