

Klientenblatt

Name: ----- Vorname:-----

Eltern Namen (nur bei Kinder in Behandlung) -----

Geburtsdatum: -----

Adresse: -----

Telefon Nr./ Mobile -----

Email: -----

Hausarzt/ Therapeutin-----

Krankenkasse: ----- Zusatzversicherung: ja / nein

Beruf: -----

Das Berufsgeheimnis zu wahren ist eine Selbstverständlichkeit
Ich empfehle meinen Klienten/innen, bei krankhafter Veränderung nach Bedarf einen Arzt
aufzusuchen, resp. in ärztliche Behandlung zu bleiben
Ich erstelle keine medizinische Diagnose
Meine geltenden Tarife sind auf dem Beiblatt dargestellt
In Verhinderungsfall bitte ich sie Terminen 24 Stunden im Voraus abzumelden.
Andernfalls muss ich leider die versäumten Termine teils verrechnen.