

KLIENTEN FORMULAR

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....

.....

Tel.:.....

E-Mail:

Bitte weisen Sie mich auf evtl. körperliche oder psychische Erkrankungen hin, aktuell, oder auch aus der Vergangenheit!

Was sollte ich wissen, um es zu berücksichtigen?

Folgende Beschwerden, Erkrankungen bestehen und folgende Medikamente nehme ich zur Zeit ein:

.....

.....

.....

.....

.....

Grund der Sitzung:

.....

.....

.....

.....

Ich habe mich über alles informiert, gelesen und verstanden. Ich erkläre mich mit den AGB´s von Frau Katarina Wydra einverstanden. Das gilt für zukünftige Aufträge.

Ich erkläre mich mit dem Datenschutz DSGVO 2023 von Frau Katarina Wydra einverstanden.

Ich möchte gerne über Neuigkeiten informiert werden.

Ich bin aus eigenem Wunsch bei Katarina Wydra

Ort/Datum:..... Unterschrift:.....