

---

Name/Vorname:

Straße:

PLZ/ORT:

TelefonNr.

e-mail Adresse:

---

Die Behandlung dient der Selbsterfahrung und ist kein Ersatz für eine psychotherapeutische oder medizinische Behandlung. Sie unterliegt dem freiem Willen des/der Klient/In und nur soweit, wie er/ sie es selbst verantworten kann.

Für die Schäden, die/der Klient/In sich selbst oder anderen Personen oder Dingen zufügt, haftet er/sie allein.

Bitte sagen sie bei Verhinderung bis spätestens 24 Stunden vorher Ihren Termin ab, da sonst das gesamte Honorar fällig wird. Ich bitte um ihr Verständnis.

Ort/ Datum:

Unterschrift: