



---

Name/ Vorname:

Straße:

PLZ/ORT:

Telefonnr.:

e-mail Adresse:

Geb.Datum:

---

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

Für 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: