



Kundendatenblatt Energetische Praxis

Bitte tragen Sie Ihre Kontaktdaten leserlich ein:

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich freiwillig an der energetischen Sitzung teilnehme und darüber informiert wurde, dass diese kein Ersatz für medizinische oder psychologische Behandlung ist.

****Terminbedingungen:****

Die vereinbarten Termine sind Fixtermine. Bei einer Absage innerhalb von 24 Stunden vor dem Termin sind 100 % des vereinbarten Honorars zu zahlen. Bei Absagen bis zu drei Tage vor dem Termin werden 50 % des Honorars fällig. Diese Regelung entfällt, wenn unmittelbar ein Ersatztermin vereinbart wird.

Hinweis: Ich bin kein Arzt oder Therapeut. Die energetische Behandlung ersetzt keine medizinische oder psychotherapeutische Diagnose oder Behandlung. Meine Tätigkeit versteht sich ausschließlich als energetische Unterstützung und Begleitung auf dem Weg zu mehr Wohlbefinden.

Datum

Unterschrift Kunde