

Anamnesebogen für Massagen

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	
Gesundheitliche Einschränkungen:	
 Ich habe verstanden, dass die Massage der Entspannun Diagnostizierung, zur Behandlung oder dazu, jegliche Kra 	•
• Ich verpflichte mich, die Behandlung in vollem Umfang den Termin nicht 24 Stunden vorher abgesagt habe.	zu zahlen, sofern ich
Alle ausgewiesenen Beträge enthalten laut §19 Abs.1 UstG keine Umsatzsteuer.	
Datum	Unterschrift