



Kundenanmeldebogen

(bitte vollständig ausfüllen)

Name, Vorname	Geb.-Datum
Straße, Hausnummer	PLZ / Ort
Telefon privat / mobil	E-Mail

Wichtige Informationen

Um Ihnen meine gesamte Aufmerksamkeit widmen zu können, werden die vereinbarten Termine / Kursplätze für Sie reserviert. Daher gibt es folgende Regelungen:

Kurse / Workshops / einzelne Kursstunden:

- **Anmeldungen** sind für alle Gruppentermine bis 7 Tage vor dem Termin / Start möglich
- bei **Stornierungen**
 - innerhalb von 7 Tagen vor dem Termin / Start wird die Hälfte der Gebühr berechnet
 - innerhalb von 24 Stunden vor dem Termin / Start wird die komplette Gebühr berechnet
- bei **Terminabsagen** bei laufenden Kursen
 - bis 24 Stunden vor dem Termin wird ein YouTube-Audio als Ersatz gesendet
 - innerhalb der 24 Stunden Frist ist kein Ersatz möglich
- bei **Terminausfall** (durch Kursleitung) wird ein Alternativtermin eingerichtet
- ab Stundenbeginn ist die Eingangstür geschlossen
- bei längerer Erkrankung, Krankenhausaufenthalt o.ä. bitte ich um Rücksprache, um eine Lösung bezüglich der gezahlten Kursgebühr zu finden

Beratungen / Massagen:

- Absagen bis 24 Stunden vorab sind kostenfrei möglich
- innerhalb der 24 Stunden Frist wird eine Ausfallgebühr berechnet (50% der gebuchten Leistung)
- ohne Absage wird der Termin komplett berechnet
- Hausbesuche sind nicht möglich

bitte wenden →

Anke Drubel
Gaußstraße 15
37127 Scharzen

Tel. 0176 / 410 272 85

E-mail: zeitfuerdich@gmx.de



Zeit für Dich

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die o.g. Informationen gelesen und verstanden habe.

Da ich Ihnen eine individuelle auf Ihre Bedürfnisse abgestimmte und qualitativ hochwertige Entspannung anbieten möchte, würde ich Sie bitten, folgende Fragen zu beantworten:

- Bestehen chronische oder onkologische Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, welche?
- Beeinträchtigen psychische Erkrankungen, wie z.B. Depressionen oder Angst- / Panikattacken Ihren Alltag? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, was sollte ich beachten?
- Nehmen Sie Beruhigungsmittel oder hoch dosierte Schmerzmedikamente?
☐ Ja ☐ Nein
- Auf welche körperlichen Besonderheiten sollte ich ggf. Rücksicht nehmen?

☐ Hiermit verpflichte ich mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen, sowie gesundheitlichen Beeinträchtigungen, zu informieren.

☐ Der Speicherung meiner persönlichen Daten in den Firmenunterlagen stimme ich zu. (Sie haben jederzeit das Recht unentgeltlich Auskunft über Herkunft, Empfänger und Zweck Ihrer gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Sie haben außerdem das Recht, die Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten zu verlangen. Hierzu, sowie zu weiteren Fragen zum Thema Datenschutz, können Sie sich jederzeit an mich wenden.)

Ort, Datum

Unterschrift