

Was ist Dein Wunsch, was ist Dein Ziel?

Sonstige Anmerkungen

Erklärung & Datenschutz

- Ich bestätige dass alle gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen!
- Ich bin mir Bewusst das nur ein Arzt Diagnosen und Behandlungsvorschläge unterbreiten kann, und dass alle Angaben von Fascia Works nur Empfehlungen sind.
- Der Therapeut haftet nicht für Schäden die durch falsche Angaben auftreten.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten von Fascia Works zum Zweck des Informationsaustausches von Übungen, Protokollen und Veranstaltungen gespeichert werden. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort & Datum

Unterschrift

Unterschrift gesetzlichen Vertreters

Die Widerrufserklärung kann schriftlich oder per Mail eingereicht werden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig.

Haftungsausschluss:

Wir stellen keine Diagnosen und gebe keine Heilversprechen.
Alle von uns angebotenen Leistungen dürfen keine ärztliche Diagnose und/oder Behandlung ersetzen.



Anamnese - Fragebogen

Vorname, Name

Geburtsdatum

Straße

PLZ & Ort

E-Mail

Telefon

