

Kunden Formular

Geburtsdatum _____

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Atlantis-NESOS arbeitet nach den Richtlinien des Schweizerischen Verbandes für Natürliches Heilen.

1. Atlantis-NESOS gibt keine Heilversprechen
2. Sollten Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, empfiehlt Ihnen Atlantis-NESOS, diese gemäss Ihrem Arzt weiter zu führen
3. Atlantis-NESOS bittet Sie, unter keinen Umständen ohne die Erlaubnis des behandelnden Arztes, allfällige Medikamente abzusetzen
4. Atlantis-NESOS stellt weder medizinische Diagnosen noch ersetzt Atlantis-NESOS Arztbehandlungen
5. Haben Sie nach der Behandlung Fragen, beantwortet Ihnen diese Atlantis-NESOS gerne
6. Atlantis-NESOS ist über die "Zurich Business Medic Haftpflichtversicherung" versichert
7. Sämtliche Informationen unterliegen der Schweigepflicht und werden absolut diskret behandelt

Hiermit bestätige ich, die obigen Erläuterungen zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bei **Minderjährigkeit** bedarf es der Unterschrift einer **erziehungsberechtigten Person**:

Datum: _____

Unterschrift: _____