

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnr: _____

Keine apparative Durchführung bei folgenden Kontraindikationen:

- ➡ Krebs (akute Bestrahlung/Chemotherapie), Tumore
- ➡ Knochen TBC
- ➡ Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelsklerose oder andere schwere Herzleiden
- ➡ Herzschrittmacher, Defibrillator oder Infusionspumpe
- ➡ Ekzeme, infizierte Verletzungen, offene Wunden oder Hautentzündungen/ Infektionen,
- ➡ Geschwüre (in der Behandlungsregion)
- ➡ Pigmentanomalien (große Muttermale, Leberflecke od. Warzen)
- ➡ HIV Positiv
- ➡ Thrombosen / Hypertonie (Hochdruck in den Schlagadern), Venenentzündungen
- ➡ Immunschwäche sonstiger Art
- ➡ offene Herpesinfektion
- ➡ offene, akute Akne
- ➡ Schwangerschaft / Stillzeit
- ➡ Botox/Botulinum- behandelte Stellen jünger als 8 Monate (baut sich durch Behandlung ab)
- ➡ Collagen/Hyaluron Unterspritzungen (baut sich durch Behandlung ab)
- ➡ Epilepsie
- ➡ Metallprothesen
- ➡ Kupferspirale
- ➡ Epiphysen (Zirbeldrüse) in der Wachstumsphase

Bitte beachten!

Damit Sie und wir, gut planen können, bitten wir Sie die Behandlung mind. 24 Std vorher abzusagen (telefonisch od. per E-Mail)! Nur so können wir den Termin weitergeben. Bei einer Verspätung Ihrerseits bis 15 Min, wird die Behandlung entsprechend der Verspätung gekürzt! Bei einer Verspätung von mehr als 15 Min Ihrerseits, oder Terminabsagen unter 24Std vorher, verfällt die Behandlung! Der Kauf eines 5+1 Blocks ist verbindlich und kann nicht rückgängig gemacht werden. Der Block ist für 12 Monate ab Kaufdatum gültig. Werden die Behandlungen nicht fristgerecht konsumiert, wird pro Sitzung der Differenzbetrag zum aktuellen Einzelpreis verrechnet!

Haftungsfreistellung:

Ich bestätige, dass die von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen, dass ich obige Informationen gelesen und verstanden habe und für die nachfolgenden Behandlungen anerkenne. Die hier angeführten Kontraindikationen habe ich verneint und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Hiermit stelle ich Gerätebetreiber, Anwender und Mitarbeiter des Instituts von jedweder Haftung für Ansprüche frei.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____