

BEHANDLUNGSVEREINBARUNG



Podologie am Eschberg, Goerdelerstraße 47c, 66121 Saarbrücken

Inh.: Beate Wagner

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit, eine Behandlung an Ihren Füßen durchführen zu lassen.

Alle Angaben zu Ihrer Person unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben.

Name, Vorname _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Geburtsdatum _____

Telefon/Mail _____

Hausarzt _____

Ansprechpartner*in/Betreuer*in _____

Bitte beachten Sie, dass für Termine, die nicht rechtzeitig abgesagt wurden eine Ausfallgebühr in Höhe von 30,00€ fällig wird.
Sagen Sie also bitte mind. 24 Std. vorher Ihren Termin ab.
Es existiert eine Warteliste und somit kann evtl. eine andere Person Ihren Termin wahrnehmen.

DATUM

UNTERSCHRIFT
