

Kundenangaben

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____

Uhrzeit der Behandlung: _____

Hiermit bestätige ich die SARS-COV-2-Hygiene- und Schutzmaßnahmen gelesen zu haben und zu akzeptieren. Darüber hinaus versichere ich frei von Symptomen, wie Husten, Fieber, Durchfall, Geruchs- und Geschmacksstörungen zu sein. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gemäß DSGVO aufbewahrt werden, ein positiven Schnelltestergebnis dem Gesundheitsamt gemeldet wird und ich einen PCR-Test anschließen werde.

Unterschrift: _____