



Dr. phil.
Bianka-Aimée Gericke-Pischke

Stammblatt

Ausgabe Januar 2013

Name und Vorname: _____

Bei Kindern / Jugendlichen: Rechnungsempfänger:

Adresse: PLZ/ Ort _____

Straße und Hausnummer: _____

Geburtsort: _____ **Geburtsdatum:** _____

Familienstand: _____ **Kinder?** ____ **Beruf:** _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonisch am besten zu erreichen unter:

Mobiltelefon: _____

Privatnummer: _____

Berufliche Telefonnummer: _____

Sie nehmen in der Praxis für Hypnose und Hypnotherapie Dr. phil. Gericke-Pischke (HPG) eine multidimensionale Hypnose-Therapie in Anspruch.

Die Behandlung findet zum Preis von 120,00 Euro pro Zeitstunde statt. Mit Ihrer Unterschrift akzeptieren Sie die Ihnen ausgehändigten Behandlungsbedingungen (Ausgabe Januar 2013).

Hannover, den _____

Unterschrift: _____

Patient/Patientin

