

## Behandlungsvertrag orale Techniken

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_ ein, dass die Osteopathin Jessica Bastian, im Rahmen der osteopathischen, craniosacralen Behandlung orale Behandlungstechniken an mir durchführt.

Ich wurde über Ihre Techniken aufgeklärt und habe diese verstanden.  
Bis zu meinem Widerruf bleibt die Zustimmung aufrecht.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_