**Personalien:**

Name: Vorname  
Adresse: PLZ / Ort:  
E-Mail: Mobile:  
Geburtsdatum: Zusatzversicherung:

**Honorar-Regelung:**

* Absagen und Verschiebungen sind 24 Stunden im Voraus selbstverständlich kostenlos
* Kurzfristige Absagen und Nichterscheinen werden in Rechnung gestellt
* Verrechnet wird die vereinbarte und reservierte Zeit

**Datenschutz: Einwilligungserklärung für den Rechnungsversand via E-Mail**

Hiermit erlaube ich Annigna Kenedy, Rechnungen, Quittungen und andere allfällig sensitive Informationen elektronisch und potenziell unverschlüsselt via E-Mail zu übermitteln. Ich kann jederzeit den Rückruf für diesen elektronischen Versand mittels E-Mail an [ak@annignakenedy.ch](mailto:ak@annignakenedy.ch) einfordern.

**Ethik**

Als Therapeutin stehe ich unter ethischer Schweigepflicht. Ich arbeite nach bestem Wissen und Gewissen und im Bewusstsein meiner Kompetenzen ebenso wie meiner fachlichen und persönlichen Grenzen. Regelmässige Supervisionen, Intervisionen und Weiterbildungen sowie Achtsamkeit und Partnerschaftlichkeit gehören zu Grundprinzipien in meiner praktischen Tätigkeit.

Meine Arbeit ersetzt zu keinem Zeitpunkt eine Arztkonsultation.

Ich bin gern für Sie da! Annigna Kenedy

Ich bestätige, von Obigem Kenntnis genommen zu haben und damit einverstanden zu sein.

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_