

▶ Name / Vorname: _____
Straße / Hausnummer: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

Wir bitten Sie um Verständnis, dass Personen mit

- ▶ Neurodermitis (Atopisches Ekzem) (im Behandlungsbereich)
- ▶ Schuppenflechte (Psoriasis) (im Behandlungsbereich)
- ▶ offenen Wunden, Hautkrusten oder Warzen (im Behandlungsbereich)
- ▶ Fußpilz bzw. Nagelbettentzündungen (im Behandlungsbereich)
- ▶ infektiösen Erkrankungen wie HIV, Hepatitis B/C und anderen Infektionen
- ▶ schwerwiegenden Störungen des Immunsystems oder der Blutgerinnung

aus infektionshygienischen Gründen nicht behandelt werden dürfen.

Hinweis:

**Wir bitten Sie um einen schonenden Umgang mit unseren Fischen.
Bitte nicht nach den Fischen treten und schnelle Bewegungen im Becken meiden.**

Hiermit bestätige ich, dass keine der oben genannten Erkrankungen mich betreffen.

Rothenburg, den _____

Unterschrift: _____

Fish-Spa . Kosmetik . Solarium . Tanning . and more