

Hebammenpraxis  
Anja Steinadler  
Am Schroteanger 106  
39110 Magdeburg

### Behandlungsvertrag für Babymassage

Kursname: BM5/2022

zwischen Hebammenpraxis Anja Steinadler und

Frau \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in (Str./Nr./PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

### Gegenstand des Vertrages

Durch die Massage wird das gesamte Körper-Geist-System des Menschen beruhigt und positiv beeinflusst, die Verdauungskraft gestärkt, Blähungen vorgebeugt, die Durchblutung der Kopfhaut unterstützt, der Muskeltonus reguliert, die Abwehrkräfte gestärkt. Dies legt die Basis für ein gutes Körpergefühl und eine gute Koordination der Bewegungen für das gesamte spätere Leben.

Ort	Am Schroteanger 106 in 39110 Magdeburg
Uhrzeit	Montag, 11:00 Uhr – 11:45 Uhr
Dauer	6 x 45 min
<b>Alter der Kinder</b>	<b>Geburtsmonat = Juni 2022</b>
Kosten	90,00 EUR
Zeitraum	15.08.2022 – 19.09.2022

### Teilnahmebedingungen

**Es erfolgt weder eine Abrechnung gegenüber der Krankenkasse noch eine Erstattung durch die Krankenkasse. Die Teilnehmerin zahlt die Gebühren für den gesamten Kurs selbst.**

Da die Kursstunden bei einem geschlossenen Kurs aufeinander aufbauen, ist es nicht möglich, eine Teilnehmerin während des laufenden Kurses durch eine andere zu ersetzen. Die Hebammenpraxis behält ihren Gebührenanspruch auch dann, wenn die Teilnehmerin einzelne Stunden versäumt. Dabei ist es unerheblich, aus welchem Grund die Teilnahme nicht erfolgte. Versäumte Stunden können nicht nachgeholt werden. Die Hebammenpraxis ist berechtigt, einzelne Kursstunden kurzfristig zu verlegen. Bei Rücktritt erfolgt keine Erstattung der Kursgebühr.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie unsere Teilnahmebedingungen und Datenschutzerklärung.

**Bitte überweisen Sie die gesamte Kursgebühr im Voraus** auf das unten genannte Konto (Verwendungszweck: Name und Kursname). Bitte senden Sie uns das unterschriebene Dokument oder übergeben Sie es persönlich einem unserer Mitarbeiter. Vielen Dank.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmerin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Hebammenpraxis