



Imkerei Hoffmann

Bienenstocklufttherapie Nutzungsvertrag

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Telefon: _____

Voraussetzung für die Bienenstock-Luft Therapie ist eine Untersuchung bei einem Arzt oder einem Heilpraktiker. Dieser empfiehlt die Anzahl der Anwendungen und führt die Testbehandlung durch.

Die Anwendung erfolgt aus eigenem Willen und in eigener Verantwortung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass eine allergische Reaktion auf die Inhaltsstoffe der Bienenstockluft bei entsprechend sensiblen Menschen möglich ist. Aus diesem Grund wird 24 Stunden vor der ersten Anwendung ein 10-minütiger Test durchgeführt.

Da die Anwendung in unmittelbarer Nähe zu den Bienen stattfindet, ist trotz aller Vorkehrungen eine Bienenstichverletzungen nicht sicher auszuschließen.

Liegt eine Stichallergie vor, hat der Betroffene immer sein eigenes Notfallset mitzubringen. Für den Fall einer allergischen Reaktion stehen Fenistil Tropfen zur Verfügung.

Der / die Anwender/in erhält ein Patientenset für die Durchführung der Therapie. Das Patientenset bestehend aus Schlauch Ventil und Maske ist ausschließlich für die eigene Anwendung bestimmt.

Anzahl der Anwendungen	Preis _____ € (pro Sitzung)	Gesamt

Der/ die Anwender/in handelt in vollem Umfang eigenverantwortlich.

Ort, Datum

Unterschrift