

# Überweisung

An die

**BDSM Privat Klinik TS Lady Kitty**  
**Rainergasse**  
**1040 Wien**  
**Tel.: 0677 640 066 56**

Patient:

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Wohnort: _____

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

Diagnose: \_\_\_\_\_

Welche Art der Behandlung **soll** bei dem Patienten durchgeführt werden:

---

---

---

---

---

Welche Art der Behandlung **soll nicht** bei dem Patienten durchgeführt werden:

---

---

---

---

---

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_

**Termine ausschließlich gegen Vereinbarung unter der Nummer 0677 640 066 56 oder per  
Whats App 0677 640 066 56, hier einfach Termin für Klinik in eine Whats App Nachricht  
schreiben.**