Naturheilpraxis Dorothea Schneider

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Name des Patienten oder Patientin)

wohnhaft in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (PLZ, Wohnort, Str. )

daß ich, Dorothea Schneider

mit der homöopathischen Behandlung von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

beauftragt habe.

Ich wurde von Dorothea Schneider ausführlich über die Möglichkeiten und Grenzen einer homöopathischen Behandlung aufgeklärt. Ich wurde auch auf andere medizinische Behandlungsmöglichkeiten hingewiesen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ort, Datum ) (Unterschrift des Patienten / der Patientin)