

Aufklärung

Der Patient wurde über folgende Punkte informiert:

Im Rahmen der naturheilkundigen Behandlung werden von uns keine Diagnosen oder Therapien im medizinisch-wissenschaftlichen Sinne durchgeführt oder praktiziert.

Es werden keine Heilversprechen abgegeben.

Wir weisen darauf hin, dass unsere Beratung und Behandlung keine ärztliche Behandlung ersetzen kann. Eine laufende Behandlung sollte daher nicht unter- oder abgebrochen werden, eine notwendige nicht hinausgeschoben oder unterlassen werden. Der Patient wurde darauf hingewiesen, dass er sich im Zweifelsfalle mit dem Arzt seines Vertrauens beraten soll. **Eine Zusammenarbeit mit der Schulmedizin erachten wir als sehr wichtig.** Wir begrüßen diese Zusammenarbeit und geben gerne in kooperativer Zusammenarbeit alle wissenswerten Informationen in Absprache an diese weiter.

Als ganzheitliche Naturheiltherapeuten beschäftigen wir uns grundsätzlich mit der Aktivierung und Harmonisierung körperlicher und energetischer Dysbalancen (Ungleichgewichte) um die Selbstheilungskräfte wieder zu aktivieren. Dies kann gerade für Menschen, die an chronischen Krankheiten leiden - nach unserer Erfahrung - sehr nützlich sein.

Dazu wenden wir Methoden an, die dem komplementärmedizinischen Bereich angehören – also nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

Sie gehen mit dieser Unterzeichnung keine weiteren Verpflichtungen ein.

Ich habe vor Unterschriftsleistung obigen Inhalt genauestens gelesen, vollinhaltlich verstanden und gutgeheißen.



Patientendaten	
Name, Vorname	
Straße	
Postleitzahl, Ort	
Geburtsdatum	
Telefonnummer	
e-mail Adresse	

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich über die Rahmenbedingungen und Grundsätze der Behandlung (wie u.a. in der vorherigen Seite beschrieben) informiert wurde und damit einverstanden bin.

Zudem wurde ich darauf hingewiesen, dass alle meine Angaben bei der Datenerhebung auf Freiwilligkeit basieren.

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden, dass die mich betreffenden Behandlungsdaten, Bewertungen und Dokumentationen zum Zweck der Behandlung durch die oben angeführten Therapeuten 7 Jahre abgelegt, aufbewahrt und gespeichert werden.

Dies gilt ebenso für die gegebenenfalls übergebenen Behandlungsdaten und Befunde aus Behandlungen externer Versorgungen. Schriftliche Auskünfte werden ab Datum spätestens nach 3 Monaten gelöscht.

Mir ist bewusst, dass ich dieses Einverständnis ganz oder teilweise jederzeit - für die Zukunft - widerrufen kann. Dies hat ab dem Widerrufsdatum eine Auflösung der Vereinbarungen mit oben angeführten Therapeuten und nach Ablauf von 7 Jahren ab Widerruf eine Löschung meiner Patientenunterlagen zur Folge.

Meine Daten unterliegen der Geheimhaltungspflicht und werden daher vertraulich behandelt. Die Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner Einwilligung, sofern nicht gesetzliche Bestimmungen andere Reglementierungen vorschreiben.

.....
Ort, Datum	Unterschrift
<i>Einverständnis des Patienten</i>	

