

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige(n) ich / wir, _____
(Name des Patienten)

wohnhaft in _____,
(Adresse des Patienten)

dass wir _____
(Name, Adresse des Therapeuten)

mit der homöopathischen Behandlung von _____
(Art der Erkrankung)

beauftragt haben.

Ich / wir wurde(n) von _____ ausführlich über die
(Name des Therapeuten)
Möglichkeiten und Grenzen einer homöopathischen Behandlung aufgeklärt.

Wir wurden auch auf andere medizinische Behandlungsmöglichkeiten
hingewiesen.

_____, _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Patient)

(Unterschrift Angehöriger)