

## 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)