



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)