



Naturheilpraxis Dorothea Schneider

Einverständniserklärung

Hiermit bestätigen wir für , _____
(Name des Patienten oder Patientin)

wohnhaft in _____
(PLZ, Wohnort, Str.)

daß wir, Dorothea Schneider

mit der homöopathischen Behandlung von _____

beauftragt haben.

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten)