



Name:	Geschlecht:
Straße:	Geb.-Datum:
Postleitzahl:	Stadt:
Mobil:	Telefon:
Email:	Beruf:
Beziehungsstatus:	Kinder:

KONTAKTPERSON IN NOTFÄLLEN

Name:

Telefon: Beziehung zu Ihnen:

Vertrauensarzt (Name und Kontaktdaten):

GENERELLE GESUNDHEITSINFORMATIONEN UND -GESCHICHTE

Dieser Abschnitt bezieht sich auf Ihre Gesundheitsgeschichte, aktuelle Symptome, Medikamente, Allergien und den generellen Gesundheitszustand. Wir stellen die folgenden Fragen, um alle Informationen zu haben, die für Ihre Behandlung, der Sie hier zustimmen, eine Rolle spielen könnten. Im Falle eines Notfalls sind diese Informationen möglicherweise relevant für Ihre medizinische Versorgung. Es ist nicht verpflichtend, diese Informationen zur Verfügung zu stellen, jedoch würden sie uns, einem behandelnden Arzt oder anderen medizinischen Spezialisten helfen, Sie zu unterstützen.

Krankheitsgeschichte (bedeutende körperliche/emotionale/geistige Begebenheiten, Allergien, Krankheiten und Zeitpunkt):

Aktuelle Symptome oder Krankheiten:

Sind Sie schwanger?

- Nein Ja

Haben oder hatten Sie jemals Hepatitis A, B or C, HIV/AIDS oder eine andere ansteckende Krankheit?

- Nein Ja - Falls Ja, welche?:

Medikamente & Ergänzungsmittel (Bitte notieren Sie alle, die Sie derzeit einnehmen.):

Nehmen Sie aktuell oder zeitweise folgende Medikamente ein?:

- Marcumar Diuretika (jeglicher Sorte) Blutdruck Medikation

THERAPIEFORMEN, DENEN ICH ZUSTIMME: **Bitte kreuzen Sie alle Zutreffenden an*

Ich gebe mein Einverständnis zur Behandlung für folgende Therapieformen in dieser Praxis:

- Esoteric Healing / Esoteric Body Work (inkl. Massage) Esoteric Chakra-puncture
 Esoteric Connective Tissue Therapy Esoteric Yoga

BITTE UMDREHEN

WAS MIR BEZÜGLICH DER THERAPIEFORMEN UND MEINER BEHANDLUNG BEWUSST IST:

- Mit meiner Unterschrift unter diesem Dokument bestätige ich, dass ich folgendes verstehe und anerkenne:
 - Esoteric Healing, Esoteric Body Work und Esoteric Connective Tissue Therapy sind sanfte manuelle Techniken, die direkten Hautkontakt oder Massage beinhalten können.
 - Esoterische Chakra-puncture ist eine sanfte Nadeltechnik, bei der sehr feine Nadeln in einer Tiefe von nur 0.2-0.4mm behutsam in die Haut gesetzt werden. Obwohl auch bei dieser Technik Nadeln verwendet werden, handelt es sich nicht um eine Form der Akupunktur.
 - Ich kann jederzeit Fragen zur Behandlung stellen.
 - Esoterische Therapeuten (ausgenommen Ärzte oder Heilpraktiker) sind nicht dazu qualifiziert, medizinische Diagnosen zu stellen und werden diese nicht geben. Esoterische Therapieformen kurieren keine Krankheiten und stellen keine Alternative zur schulmedizinischen Behandlung dar.
 - Ich verstehe und erkenne an, dass ich im Falle einer Krankheit oder bei fortbestehenden Symptomen einen Arzt oder Heilpraktiker aufsuchen muss.
 - Die Universal Medicine Therapien basieren auf Der Alterslosen Weisheit, sind ergänzend zu schulmedizinischer Behandlung und nicht CONSORT-2010-gemäß in einer randomisierten kontrollierten Studie auf ihre Wirksamkeit überprüft worden.
 - Ich kann dieses Einverständnis jederzeit in Form einer schriftlichen Mitteilung zurückziehen.
 - Ich nehme die Behandlungen in dieser Praxis eigenverantwortlich wahr.

MEINE DERZEITIGE VERFASSUNG:

- Sollte ich eine akute Krankheit oder Verletzung haben, so geringfügig sie auch sei, verstehe ich, dass es meine Verantwortung ist, dies meinem Therapeuten vor der Behandlung mitzuteilen und gegebenenfalls medizinische Beratung einzuholen.

MEIN EINVERSTÄNDNIS: **Bitte kreuzen Sie an, womit Sie einverstanden sind und streichen Sie durch, womit Sie nicht einverstanden sind.*

Mit Unterschrift unter diesem Dokument stimme ich zu, dass meine persönlichen Daten, einschließlich meiner Krankheitsgeschichte:

- mit anderen Therapeuten und mit meinem Vertrauensarzt besprochen werden dürfen, um die gebotene Qualität der Behandlung zu gewährleisten; im Falle einer schriftlichen oder mündlichen Weiterempfehlung dem jeweiligen Therapeuten oder Arzt mitgeteilt werden dürfen, wenn mein Therapeut der Ansicht ist, dass eine solche Weiterempfehlung in meinem Interesse ist und diese vorab mit mir besprochen wurde.
- Ich gebe mein Einverständnis, dass meine persönlichen Daten, einschließlich meiner Krankheitsgeschichte, auf anonymer Basis mit anderen Therapeuten zu Forschungs- und Entwicklungszwecken sowie der Weiterentwicklung esoterischer Behandlungsformen besprochen werden dürfen. Dies gilt uneingeschränkt auch zum Zwecke der Zusammenarbeit mit der Schulmedizin zum allgemeinen Wohle aller Menschen.

MEIN EINVERSTÄNDNIS ZU BEHANDLUNGEN IN DIESER PRAXIS:

- Mit meiner Unterschrift:
 - stimme ich einer ersten Besprechung und möglichen weiteren Terminen zu.
 - stimme ich der Speicherung meiner Daten zum Zwecke meiner Behandlung, der Administration und Verwaltung der Praxis zu, soweit nötig in diesem Land und anderen Ländern, gemäß den Auflagen der DSGVO.
 - bestätige ich, dass ich alle Aspekte dieser Einverständniserklärung gelesen, verstanden und akzeptiert habe (mit Ausnahme der von mir durchgestrichenen Teile), und ich gebe mein Einverständnis zu Behandlungen mit Therapeuten in dieser Praxis, entsprechend den Bedingungen, wie sie in diesem Formular erläutert sind.
 - stimme ich zu, dass diese Einverständniserklärung für zukünftige Besuche und andere Behandlungen in dieser Praxis gültig ist, sofern ich mein Einverständnis nicht schriftlich revidiere.
 - erkläre ich mein Einverständnis, dass diese Praxis und Therapeuten dieser Praxis das Recht haben, aktuelle oder zukünftige Termine (auch meine) abzusagen oder jederzeit eine laufende Sitzung (auch meine) abubrechen.

Ich bestätige, dass meine Angaben nach meinem besten Wissen richtig und vollständig sind und ich eine vollständige Offenlegung meines Gesundheitszustands einschließlich der Information über meine aktuelle Medikation vorgenommen habe.

Unterschrift:

Datum:

Bitte kennzeichnen, wenn Sie als Elternteil oder Vormund unterschreiben¹:

Elternteil

Vormund

Unterschrift des Übersetzters (falls erforderlich):

¹ Bitte beachten Sie: Sollten Sie als Elternteil, Vormund oder Übersetzer unterzeichnen, bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Person, für die Sie sorgen bzw. für die Sie übersetzen, ausführlich über alle Informationen in dieser Einverständniserklärung informiert haben.

NAME UND ADRESSE DER PRAXIS, NAME IHRES THERAPEUTEN²: