

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich,

Vor- und Zuname _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

dass ich über die Akupunkturbehandlung nach dem NADA-Protokoll aufgeklärt wurde. Mir wurden mögliche Risiken mitgeteilt und ich hatte Gelegenheit weitere Fragen zu stellen.

Akupunktur nach dem NADA-Protokoll gehört nicht zu den anerkannten schulmedizinischen Behandlungsmethoden und kann eine ärztliche Behandlung nicht ersetzen. Ich bin mit der Akupunkturbehandlung nach dem NADA-Protokoll einverstanden.

Folgende Unterlagen wurden mir ausgehändigt und von mir gelesen:

- Information über Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll
- Auskunftsbogen für den delegierenden Arzt

Ort / Datum _____ Unterschrift _____