

Delegationsformular für delegierende Ärzt:innen oder HP

Behandlungseinrichtung

Name, Adresse

Mail-Adresse

Telefon:

Ggf. Stempel

Teilnehmer:in geb.:

Adresse:

PLZ, Wohnort

Tel./Mail:

Einverständniserklärung der Pat. liegt in ausführlicher Form vor.

Ich bin über die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll informiert worden, konnte Fragen stellen und bin mit der Behandlung einverstanden.

Datum	Name	Unterschrift Teilnehmer:in
-------	------	----------------------------

Ich bin darin ausgebildet, zertifiziert und führe die delegierte NADA-Ohrakupunktur durch:

Datum	Name	Unterschrift Akupunkteur:in
-------	------	-----------------------------

Delegierende, verantwortliche Ärzte oder appr. HP: Name, Adresse, Email-Kontakt:

**Dr. med. Ralph Raben, Wohlers Allee 52, 22767 Hamburg. mail@ralphraben.de
mob. 01732387627.**

**Ich delegiere das Setzen der Nadeln an die autorisierte NADA-Akupunkteur:in durch.
Ich habe mich davon überzeugt, dass die Akupunkteurin richtig und sicher arbeitet.
Eine Kontraindikation besteht nicht.**

Datum	Unterschrift delegierende/r Ärzt:in oder HP
-------	---