Einverständniserklärung

zur Behandlung mit NADA-Ohrakupunktur

Ich habe das Informationsblatt über die Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll gelesen und verstanden.

Hiermit erkläre ich,

dass ich auch über die Möglichkeit einer Komplikation informiert bin
und dass mir die Gelegenheit zu weiteren Fragen gegeben wurde.
Ich bin mit der Akupunkturbehandlung einverstanden.

Datum: ………………………………………………………………….

Name (Patient/in): …………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| Unterschrift: …………………………………………………………………………………… |