



# KLIENTENINFORMATION UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin über folgende Sachverhalte informiert und  
ich erteile mein Einverständnis zu folgenden Punkten:

- Ich bin kein Patient, sondern ein Klient.
- Es werden keine Diagnosen, Therapien oder Behandlungen im medizinischen Sinne durchgeführt, und es wird auch keine Heilmethode im gesetzlichen Sinne ausgeübt.
- Es ist mir bekannt, dass der Behandelnde über keinerlei medizinische Kenntnisse und Fertigkeiten verfügt.
- Die Sitzungen können eine medizinische Behandlung nicht ersetzen.
- Der Behandelnde hält die Zusammenarbeit mit der Schulmedizin für sehr wichtig.
- Eine laufende schulmedizinische Behandlung soll nicht unterbrochen oder abgebrochen werden.
- Eine zukünftig geplante schulmedizinische Behandlung soll nicht hinausgeschoben oder unterlassen werden.
- Die Verantwortung für alle genannten Punkte liegt voll umfänglich bei mir.
- Es werden keinerlei Versprechen gegeben, dass eine Heilung stattfindet, und es werden in mir keine falschen Hoffnungen geweckt.
- Es liegt ausschließlich in meiner Verantwortung, die Behandlung fortzusetzen oder abubrechen.
- Das Auftreten von Erstverschlimmerungen ist möglich.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_