

Einwilligung

Über die geplante Akupunkturbehandlung, Art und Bedeutung der Behandlung, Risiken und mögliche Komplikationen, Behandlungsalternativen, Frage der Kostenerstattung sowie die Erfolgsaussichten wurde ich in einem Aufklärungsgespräch mit Fr. Dipl. med. Dalia Loersch ausführlich informiert.

Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe **keine weiteren Fragen**, fühle mich **genügend informiert** und **willige** hiermit **nach angemessener Bedenkzeit** in die geplante Akupunkturbehandlung **ein**.

Ich bin bereit, die Kosten für die Behandlung selbst zu übernehmen, wenn meine Krankenkasse diese Kosten nicht trägt.

Ort, Datum, Uhrzeit

Patientin/Patient _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Tel. Nummer _____

Mail _____

Unterschrift

Sorgeberechtigter*

*Nur bei minderjährigen Patienten: Unterschreibt nur ein Sorgeberechtigter, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Sorgeberechtigten handelt. Bei schwereren Eingriffen sollten grundsätzlich beide Sorgeberechtigte unterschreiben. Einsichtsfähige Patienten sollten immer mit unterschreiben.