

AUFKLÄRUNGSBESCHEINIGUNG nach § 630e (BGB)

THERAPIEFORM: Sensitive Resonanztherapie/Familienstellen/Naturheilkunde

Name, Geburtsdatum des/der Patienten/tin:

Anschrift:.....

Selbstbestimmungsaufklärung:

Diagnoseaufklärung:

medizinische/r Befund/e:.....

Besonderes:.....

Behandlungsaufklärung:

geplante Behandlung: Sensitive Resonanztherapie/Familienstellen/Naturheilkunde.

Behandlungsalternativen: *Psychotherapie, Schulmedizin, andere alternative Methoden*

Besonderes: *der Behandlungsverlauf und die eingesetzten Teilmethoden differieren individuell, können an jeder Stelle vom Patienten gelenkt, beeinflusst und auch abgelehnt werden.*

Risikoaufklärung:

ev. dauernde oder vorübergehende Nebenfolgen: *Fehlinterpretation des Ergebnisses*

allgemeines Bild von Schwere und Richtung des konkreten Risikospektrums: *gering.....*

typischen Risiken: *Veränderung des Klienten in der Eigenwahrnehmung und Aussenwirkung*

Komplikationsmöglichkeiten: *Anfängliche Irritation der Umgebung und daraus folgender Reaktionen.....*

ev. untypische Risiken: *Unterschätzen der Eigenverantwortung.*

Verlaufsaufklärung:

Art, Umfang, Durchführung der Einzel-Behandlung: *..90-120 Minuten*

Therapeutische Sicherungsaufklärung:

Sicherungsaufklärung bei Medikation:.....

Dosis, Unverträglichkeit und Nebenfolgen des Präparats: *allergische Reaktion Präperaten*

Fahrtüchtigkeit: *z. T. starkes emotionales Erleben, evtl. gedankliche Ablenkung.*

Eigenes therapeutische Verhalten des Patienten: *Eigenverantwortlich handeln*

Besonders: *sich auf „neu Hinschauen“ einlassen*

Wirtschaftliche/ versicherungsrechtliche Aufklärung:

voraussichtliche Kosten der Behandlung: *75-120,- Euro/Sitzung*

voraussichtliche Kosten der Medikamente:.....

Erstattung durch Versicherung: *beim Versicherer rückfragen – Bedingungen stark abweichend*

Ich, *Name des/der Patienten/tin*.....bin dahingehend aufgeklärt worden, dass meine Erkrankung..... **(auch ärztlich)** behandelt werden kann/muss.

Ich erkläre mich damit einverstanden, **(neben der ärztlichen)** die hier aufgeführte alternative Behandlung durch meine/n Heilpraktikerin.Beate Edith Römlein.durchführen zu lassen.

Ich bin auch ausreichend über meine Krankheit durch meine/n Heilpraktiker/in informiert worden.

Hiermit bestätige ich, eine Kopie dieser Aufklärungsbescheinigung nach erfolgter mündlicher Aufklärung über den Inhalt dieser Aufklärungsbescheinigung am: *Ort, Datum, Uhrzeit* erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Patienten/in