

Name \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### **Information für Klient\*innen**

---

Ich wurde von der therapierenden Person (Mia Eichenberger) über Möglichkeiten und Grenzen der angewandten Behandlungsmethoden sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufgeklärt. Gemeinsam wurden ein Behandlungsziel und /oder ein Behandlungsplan festgelegt.

Ich wurde über die Kosten der Behandlung und Zahlungsmodalitäten informiert.

Ich wurde darauf hingewiesen, eine schulmedizinische Behandlung keinesfalls ohne Rücksprache mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt abubrechen.  
Es wurden mir keinerlei Heilsversprechen gemacht.

Der Umgang mit meinen Personendaten erfolgt gemäss der aktuellen Datenschutzerklärung. Ich wurde darüber informiert, wo diese zu finden ist. Ich stimme der Bearbeitung meiner besonders schützenswerten Personendaten gemäss Datenschutzerklärung zu.  
Meine aktuelle Datenschutzerklärung finden unter:  
<https://medium-mit-herz.ch/Angebot/Info/Datenschutz/>

Termine, die ich nicht einhalten kann, sage ich mindestens 24 Stunden vorher ab, da sie sonst verrechnet werden.

Ich habe die obigen Erläuterungen zur Kenntnis genommen und bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_