

Einverständniserklärung für eine Healing-Touch-Behandlung (HT)

Ich, _____, bin über HT informiert worden und verstehe, dass HT eine sanfte, komplementäre, auf Energie basierende Methode ist, die Gesundheit und Heilung fördert und meinen Körper in seinen natürlichen Selbstheilungskräften unterstützt. Ich verstehe, dass dabei mit Berührung und / oder ohne Berührung gearbeitet wird. Es ist mir erklärt worden, dass HT eine begleitende Therapie darstellt, bei der nicht beabsichtigt ist, irgendwelche derzeit von meinem Arzt oder anderen Therapeuten verschriebenen medizinischen Behandlungen zu ersetzen.

In diesen Behandlungen werden keine Diagnosen gestellt noch körperliche oder geistige Krankheiten oder Beschwerden therapiert. Es wird kein Anspruch erhoben, dass etwaige Ergebnisse der Behandlungen durch HT bewirkt wurden. Die Behandlung mit HT ersetzt keine Diagnose oder Behandlung eines zugelassenen Arztes bei Krankheit, Verletzung oder anderen pathologischen Zuständen. Bei solchen Beschwerden sollte ein Arzt konsultiert werden.

Als Klient*in bin ich ausdrücklich dazu eingeladen, meinen Heilungsprozess aktiv mitzugestalten. Mir ist empfohlen worden, bei jeglichen körperlichen oder geistigen Beschwerden, die ich haben könnte, eine zugelassene Person im Gesundheitswesen aufzusuchen.

Schweigepflicht

Ich bin informiert worden, dass alle Klienteninformationen und Unterlagen, die sich aus der HT-Behandlung ergeben, der Schweigepflicht unterliegen. Ausnahmen von dieser Schweigepflicht sind in den deutschen Gesetzes- und Ausführungsbestimmungen festgelegt. Es werden ohne mein unterschriebenes Einverständnis keine Informationen an andere Personen oder Institutionen weitergegeben, außer in oben genannten Situationen, in denen die Pflicht zur Offenlegung gesetzlich vorgeschrieben ist. HT-Praktiker sind von Rechts wegen zur Meldung verpflichtet oder müssen eine Meldung veranlassen, wenn der eigenen Person oder anderen ein schwerer Schaden droht. Klientenakten werden in Übereinstimmung mit den einschlägigen Verordnungen des Bundes und der Länder und dem Berufsstandard unter strenger Schweigepflicht verwaltet.

Ich, _____, genehmige, dass die Unterlagen dieser HT-Behandlungen und /oder meine anonymen, vertraulichen Dokumente mit einem geeigneten Mentor zum Zwecke der Beratung, Ausbildung und Betreuung besprochen werden dürfen. Alle Informationen werden professionell und vertraulich behandelt. Solche Besprechungen ermöglichen es meiner HT-Praktikantin, mich besser zu unterstützen und erhöhen die Effektivität meiner Behandlung.

Meine Fragen bezüglich der Ausbildung meiner HT-Praktikantin, ihrer Berufs- und HT-Ausbildungsabschlüsse und was ich davon zu erwarten habe sind zu meiner Zufriedenheit beantwortet worden. Weitergehende Informationen kann ich in der ausliegenden Info-Mappe einsehen.

Ich habe dieses Formular gelesen, verstehe und akzeptiere die hier beschriebenen Bedingungen. Ich gebe meine Erlaubnis, von Ingelore Bonfert eine HT-Behandlung zu erhalten und von ihr berührt zu werden:

Ja _____ Nein _____ (bitte Initialen eintragen)

Datenschutz

Ich erlaube, dass die im Anamnesebogen erhobenen personenbezogenen Daten für die Dauer der Behandlung gespeichert werden. Sie werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ort und Datum

Unterschrift des Klienten / der Klientin

Unterschrift d. gesetzl. Vertreter*in