Dein Universum in DIR

Michaela Herrmann · Unterwerkstr. 1a · 84032 Altdorf
deinuniversumindir@gmail.com · Telefon: 0170 - 24 23 477

Klientenaufklärung & Zustimmung

Energetische Begleitung für Minderjährige

Angebot und Grenzen

Die Begleitung dient Selbstwahrnehmung, Entspannung und Wohlbefinden. Ihre energetischen Erklärungsmodelle sind von medizinisch gesicherten Erkenntnissen zu unterscheiden. Ein bestimmter Erfolg oder eine Heilung wird nicht zugesichert.

Medizinische Versorgung hat Vorrang

Michaela Herrmann ist keine Ärztin oder Heilpraktikerin und diagnostiziert oder behandelt keine Krankheiten. Psychologische Beratung und Psychotherapie gehören nicht zum Angebot. Erforderliche medizinische oder psychotherapeutische Versorgung wird nicht ersetzt oder verzögert. Medikamente werden nur nach ärztlicher Rücksprache verändert. Beschwerden sind fachlich abzuklären; keine Notfall- oder Krisenversorgung.

Zustimmung und Wille des Kindes

Die Vertretungsbefugnis wird vorab geklärt. Das Kind wird alters- und verständnisgerecht informiert und einbezogen. Sein erkennbarer entgegenstehender Wille wird auch bei stillen Sitzungen respektiert. Bei Belastung wird pausiert oder beendet. Die Zustimmung kann für künftige Sitzungen zurückgenommen werden.

Ausführliche Klientenaufklärung

Die zugehörige Langfassung ist auf www.deinuniversumindir.de bei der jeweiligen Klientenaufklärung abrufbar und wird auf Wunsch vorab als PDF oder Ausdruck bereitgestellt.

Stand der gelesenen Langfassung: _____

Bestätigung und Zustimmung

Ich/Wir habe(n) diese Kurzfassung und die oben bezeichnete ausführliche Klientenaufklärung vor Beginn gelesen und verstanden. Fragen konnten gestellt und geklärt werden. Ich/Wir bin/sind zur Zustimmung berechtigt und genehmige(n) die Begleitung des genannten Kindes ausdrücklich. Die Zustimmung gilt für die laufende Begleitung des genannten Kindes einschließlich Paketen und Folgesitzungen bis zu meinem Widerruf. Methode und Ablauf werden jeweils vorab erläutert und vereinbart. Der Wille des Kindes bleibt bei jeder Sitzung maßgeblich.

Gesetzliche Rechte und berechtigte Haftungsansprüche bleiben unberührt. Die gesonderten Datenschutzhinweise gelten ergänzend. Diese Unterschrift ersetzt keine gegebenenfalls erforderliche ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung von Gesundheitsdaten.

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

Gesetzliche Vertretung

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift gesetzliche Vertretung: _____

Kind altersgerecht informiert und einverstanden / informiert durch (Vor- und Nachname / Unterschrift): _____