



Name _____

Adresse _____

Geb.-Datum _____

Tel. _____

E-Mail _____

Karin Lampe
Heilpraktikerin
fayo-Trainerin

Altendorfer Straße 44
(Eingang Backofenstraße)
37574 Einbeck

Tel.: 01 70 - 9 05 09 67
Fax: 0 55 61 - 92 71 33

E-Mail: kala@schmerzfreier-bewegen.de
www.schmerzfreier-bewegen.de

Lieber Patient,

hier einige wichtige Informationen. Bitte lesen sie diese sorgfältig durch.

Therapie nach Dorn/Breuss

Die **Dorntherapie** ist eine sanfte, aber kraftvolle manuelle Methode, bei der Gelenke und verschobene Werbe gefühlvoll wieder an ihren Platz gebracht werden.

Wie bei fast allen Naturheilverfahren kann es zu einer sogenannten „Erstreaktion“ kommen. Dies ist kein Grund zur Sorge sondern signalisiert die Reaktionsfähigkeit des Körpers und ist darum als positiv zu bewerten.

Den Tag der Behandlung sollten Sie ruhig beenden, vielleicht mit einem kleinen Spaziergang. Bitte denken Sie daran viel zu trinken (stilles Wasser, Kräutertee). Sollten Sie trotzdem aufgrund einer Reaktion Ihres Körpers beunruhigt sein, rufen Sie mich gerne an.

Wenn möglich ist während der gesamten Zeit der Therapie körperlich schwere Belastung zu vermeiden.

Als Selbstzahler berechne ich pro Behandlung 50,00 Euro

Bei der Breuss-Massage wird die Wirbelsäule gestreckt und die Bandscheiben entlastet. Für den Patienten ist die Massage entspannend und auf keinen Fall schmerzhaft.

Massiert wird mit Johanniskrautöl, das mit seinen guten Eigenschaften auf das Nervensystem und die Bandscheiben wirkt, jedoch in seltenen Fällen auf der Haut eine unerwünschte Reaktion verursachen kann. Am Tag der Massage ist eine Sonnenbestrahlung bzw. Solarium unbedingt zu vermeiden.

Als Selbstzahler berechne ich pro Behandlung 40,00 Euro

- Ich bitte um Ihr Verständnis: Wenn Sie einen Termin nicht wahrnehmen können, ist es aus organisatorischen Gründen für mich zwingend notwendig, dass Sie den Termin mindestens 24 Stunden vorher persönlich, telefonisch oder per E-Mail absagen.
(Andernfalls erlaubt der Gesetzgeber nach §615 BGB, bei einem Fernbleiben des Patienten zu einem vereinbarten Behandlungstermin, den Ausfall der vorgesehenen Leistung in Rechnung zu stellen.)

Datum, Unterschrift

Datenschutzerklärung

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass

- ihre persönlichen Daten werden handschriftlich, sowie am PC verarbeitet werden
- evtl. Kontaktdaten in meinem Handy gespeichert werden und via persönlicher Cloud auf meinen anderen Geräten erscheinen
- ebenso evtl. gemachte Bilder zur Referenz kurzfristig gespeichert werden
- PC, Handy und Tablet mit Passwörtern gesichert sind
- die Praxisräume, in denen die Patientenakten gelagert werden, fremden Personen nicht zugänglich sind
- evtl. Kontaktdaten bei Bestellung therapiebegleitender Produkte an dritte weitergegeben werden
- Sie jederzeit die Löschung Ihrer Daten verlangen können

Datum, Unterschrift

Sollten Sie über Whats App mit mir kommunizieren wollen, bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, das ich keinen Einfluss auf Zugriff dritter auf Ihre Daten habe und Sie sich dessen bewusst sind.

Datum, Unterschrift
