



Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und bin damit einverstanden, dass diese Angaben zu therapeutischen Zwecken gespeichert werden.

Ich versichere, dass zum aktuellen Zeitpunkt keine mir bekannten Erkrankungen (z.B. Herz, Epilepsie, Tumore) vorliegen, die einer physiotherapeutischen Behandlung sowie dem Einsatz ergänzender Therapiegeräte (z.B. Low Level Lasertherapie, Mittelfrequenztherapie, Unterwasserlaufband, Magnetfeldtherapie, Schallwellentherapie, therapeutischer Ultraschall, Blutegel oder Akupunkturnadel) entgegenstehen.

Falls mir in Zukunft eine dieser Erkrankungen bekannt wird, werde ich dies unverzüglich mitteilen, damit weitere Behandlungen daraufhin angepasst werden können.

Datum , Unterschrift