

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Zur Vorbeugung von Missverständnissen, bitte ich um Kenntnisnahme der nachstehenden Informationen zur Behandlung.

- Bitte erscheine zu deinen Terminen unbedingt pünktlich.
- Solltest du absagen müssen, tu das bitte rechtzeitig. Bitte einfach eine kurze Nachricht via Whatsapp (0176-92640403) oder Email ([familienreich-lena-hentschel@web.de](mailto:familienreich-lena-hentschel@web.de))
- Da der Termin für dich reserviert wurde, und ich kurzfristig Termine nicht neu vergeben kann, muss ich bei zu späten Absagen eine Gebühr von 25€ in Rechnung stellen.
  
- Auch möchte ich dich darüber informieren, dass es nach der Behandlung zu verschiedenen Therapiereaktionen kommen kann. Das können körperliche Reaktionen in Form von Schmerzen, blaue Flecken, Ziehen, Muskelkatergefühl sein. Aber auch vegetative Reaktionen können auftreten (z. B Erschöpfung, Müdigkeit, leichter Schwindel, Übelkeit). Diese treten im Normalfall innerhalb der ersten 2 Tage auf, und verschwinden schnell wieder.
- Komplikationen treten sehr selten auf. Dennoch können mögliche Komplikationen wie Blutergüsse, Verletzungen des Muskel-Sehnen-Apparates, Knochenbrüche, Luxationen, oder Verletzungen von Gefäßen und Nerven nicht vollständig ausgeschlossen werden.
- Solltest du dir Sorgen machen, kannst du mich jederzeit unter meiner Telefonnummer oder Emailadresse erreichen.
- Ich fühle mich ausreichend aufgeklärt, und willige der Behandlung durch Lena Marie Hentschel ein.
  
- Im Zuge der Zusammenarbeit zwischen Patient & Therapeut, werden personenbezogene Daten erhoben. Diese umfassen Name, Adresse, Telefonnummer, Emailadresse und Geburtsdatum, für die Erstellung von Rechnung und zur Kontaktaufnahme. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Handynummer und Emailadresse zur Rechnungsstellung und Kontaktaufnahme via SMS, Anruf oder Email verwendet wird.

.....  
Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter