

Einverständniserklärung Behandlung

Osteopathie Grasbrunn
Matthias Höppner
Johann-Hackl-Ring 28
85630 Grasbrunn

Patientenangaben:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____

Mir ist bewusst, dass ich aufgrund meines Alters und/oder Vorerkrankungen einer Risikogruppe angehöre und damit ein höheres gesundheitliches Risiko bezüglich einer möglichen Ansteckung durch das Corona-Virus trage.

Von meinem/r Therapeuten/in wurde mir wegen des gesundheitlichen Risikos von weiteren planbaren osteopathischen Behandlungen bis auf Weiteres abgeraten.

Ich erkläre hiermit, dass ich hierzu ausreichend Bedenkzeit hatte und eine Behandlung mittels Osteopathie trotz des momentanen Risikos wünsche. Ich sichere selbst - sofort nach Betreten der Praxis - folgende persönliche Hygiene-Maßnahmen zu:

- Händewaschen mit Seife (30 sec. Einseifen)
- Abstand zu anderen Patienten halten
- Möglichst wenig Gegenstände und Türklinken anfassen
- Nur in die Ellenbeuge niesen
- Nach Niesen erneut Hände waschen
- Kein Händeschütteln

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift Behandler