

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

## ORALE TECHNIKEN (V01)

Hiermit willige ich,

---

Vorname/Name

Geburtsdatum

ein, dass

PHYSIOARTICUM, Praxis für Heilpraktik, Osteopathie und Physiotherapie  
Christine Woy, Innsbrucker Str. 28, 10825 Berlin

im Rahmen der osteopathischen, cranosacralen Behandlung orale Behandlungstechniken

[an mir] / [an meinem Kind] <sup>1</sup>

durchführt. Ich wurde über diese Techniken aufgeklärt und habe sie verstanden.

Bis zu meinem Widerruf bleibt die Zustimmung aufrecht.

Berlin, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift der/des Patientin/Patienten  
(ggf der/des Sorgeberechtigten)

---

<sup>1</sup> Nicht zutreffendes bitte streichen