



Projekt „Traditionelle Chinesische Medizin als wirksame Hilfe für Menschen mit chronischen Erkrankungen, insbesondere auch bei Kindern und Jugendlichen“

Hilfreiche Medizin für alle e.V.

Folgende Person hat Interesse, an dem genannten Projekt teilzunehmen:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenversicherung: _____

Anschrift: _____

Telefon und Mailadresse: _____

Bei minderjährigen oder betreuten Personen bitte Name, Vorname und Anschrift der sorgeberechtigten Person:

Welches chronische Krankheitsbild soll behandelt werden? (Kinder/Jugendliche/Erwachsene)

- Allergien (K/J/E) Asthma Bronchiale (K/J/E) ADHS (K)
 Long-Covid-Syndrom (J/E) Post-Vac-Syndrom (J/E) COPD (E)
 chronisch-entzündliche Darmerkrankung (E)

Mit der Teilnahme am Projekt bin ich mit einem ärztlichen Vorgespräch, einer anonymisierten Auswertung meines Behandlungsverlaufs und einer Bewertung des Therapieverlaufs von meiner Seite einverstanden. Ich werde die Mediziner über entsprechende Vorbefunde informieren.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. Unterschrift der sorgeberechtigten oder betreuenden Person