

Homeopatisk vård

Namn Födelsetid Adress

Epost

Telefonnummer

Jag ger mitt tillstånd till att min homeopat förvarar denna blankett samt andra dokument gällande min homeopatiska vård. Jag har läst homeopatens egna kundregisterbeskrivning. Jag lovar att inte avsluta vård eller mediciner som ordinerats av läkare utan att diskutera saken med den vårdande läkaren först. Alla uppgifter är konfidentiella.

Ja Nej

Underskrift

Tid och plats