**AMCHI LOBSANG TSULTRIM**

**Praktijk voor Traditionele Tibetaanse Geneeskunde**

**Patientenaufklarung**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Postleitzahl und Ort:

Telefonnummer :

Ich erkläre hiermit, dass ich eigenverantwortlich den Besuch eines tibetischen Amchi wahrnehme, um die traditionelle tibetische Art der Befundungsmethoden und Beratung zu erhalten. Neben der Behandlung von einem tibetischen Amchi führe ich meine Untersuchungen und Behandlungen durch einen Allgemeinmediziner oder Facharzt fort.

Ort und Datum Unterschrift

.............................................. ..........................................

De Gasperisingel 18, 6716RB, Ede, Nederland +31-318-622580 [www.amchilobsang.com](http://www.amchilobsang.com)