

DER NEUE WEG ZU GESUNDHEIT UND BEWUSSTSEIN

# Aufklärung

## Preven TEST®

Datum: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Setup: \_\_\_\_\_  
Betreuer: \_\_\_\_\_  
Anwendung: \_\_\_\_\_

### Wichtige Hinweise

#### Einnahme von Medikamenten

**Wenn Sie verschreibungspflichtige Medikamente einnehmen müssen, sollten Sie dies unbedingt weiter tun. Setzen Sie auf keinen Fall verschriebene Mittel ab. Diese Situation muss IMMER mit dem behandelnden Arzt abgesprochen werden.**

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei den angewendeten Methoden und Geräten um Verfahren der Erfahrungsmedizin und Naturheilkunde handelt und diese nicht wissenschaftlich anerkannt sind.

**Ich wurde über den Testablauf und insbesondere die wichtigen Hinweise von meinem Arzt/Therapeuten aufgeklärt.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Klient

