

KENNTNISNAHME

Ich bestätige hiermit, dass ich von Herrn / Frau _____
(Shiatsu-Praktiker/in) über den gewerblichen Charakter von Shiatsu aufgeklärt
wurde. Naturgemäß dürfen gewerbliche Behandlungen nur an gesunden Menschen
bzw. nach Rücksprache mit dem Arzt oder Therapeuten durchgeführt werden.

Des Weiteren wurde ich darüber ausdrücklich in Kenntnis gesetzt, dass Shiatsu kein
Gesundheitsberuf ist und keinen Ersatz für eine medizinische, psychiatrische,
psychotherapeutische oder sonstige therapeutische Behandlung darstellt.

Beim Vorliegen von Beschwerden ist eine medizinische Abklärung unbedingt
notwendig, und ich nehme zur Kenntnis, dass Shiatsu-Behandlungen in diesem Fall
nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt / Therapeut – eventuell nach
Hinzuziehung zusätzlicher Meinungen anderer fachkundiger Ärzte / Therapeuten –
stattfinden können.

(Name, Vorname, Titel)

(Adresse)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)