

Aufklärung & Haftungsfreistellung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass...

1. ... ich vom Practitioner darauf hingewiesen wurde, dass die Behandlung mit Kambô keinerlei medizinische Diagnostik, Verordnung oder Behandlung ersetzt.
2. ...mir vom Practitioner im Vorfeld und im Zusammenhang mit der Kambô Behandlung keinerlei Heilversprechen gemacht wurden.
3. ...ich vom Practitioner über den Ablauf, die Kontraindikationen und die potentiellen Risiken der Behandlung mit Kambô aufgeklärt worden bin und eventuelle offene Fragen beantwortet wurden.
4. ...ich auf eigenes Risiko an der Kambô-Behandlung teilnehme und mir meiner Selbstverantwortlichkeit sowohl während als auch nach der Zeremonie bewusst bin.
5. ...ich den behandelnden Practitioner von jeglicher im Zusammenhang mit der Kambô-Behandlung stehender Haftung freispreche
6. ...den Fragebogen gewissenhaft, vollständig und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.
7. ...die Kontraindikationen zur Kenntnis genommen habe und keine der dort aufgeführten Bedingungen bzw. Vorerkrankungen auf mich zutreffen.
8. ...ich sämtliche auf den mir zugeschickten Seiten aufgeführten Informationen gelesen und verstanden habe.

Ort, Datum:

Unterschrift (Teilnehmer) :

Name und Wohnadresse des Teilnehmers:

(Vor- und Nachname) :

(Straße, Hausnummer/ PLZ, Ort) :

Unterschrift (Practitioner) :