

Therapieerlaubnis

(Dr. Christoph Schnelle, TS)

Hiermit erteile ich _____
(Name des Erziehungsberechtigten)

der Praxis Dr. Christoph Schnelle die Erlaubnis zur Therapie

unseres Kindes _____
(Name des Kindes)

- Haben Sie/Ihr Kind Erkältungssymptome Ja [] Nein []
- Hatten Sie/Ihr Kind in den letzten 14 Tagen persönlichen Kontakt zu einer
positiv getesteten Covid 19 Perso/ Verdachtafall? Ja [] Nein []

Ich bin über die Risiken/Besonderheiten/Therapiealternativen/alternativer
Therapiezeitpunkt in der Zeit von Covid 19 informiert, mir sind die Risiken bewusst und
ich stimme der Schmerztherapie/Therapie meines Kindes am heutigen Tage zu.

TS, den _____ 2020

Unterschrift _____
(Erziehungsberechtigter)