

Umfrage „Gute Erfahrung mit Homöopathie?“

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie haben in der Presse vielleicht verfolgt, dass derzeit viel über Homöopathie diskutiert wird. Wir möchten gerne mit persönlichen Fallberichten zur Diskussion beitragen. Hat Ihnen oder einem Ihrer Kinder eine homöopathische Behandlung einmal gut geholfen? Wenn ja, möchten wir Sie herzlich bitten, uns Ihre Erfahrung zur anonymen Veröffentlichung auf der Webseite des Verbands klassischer Homöopathen Deutschlands e.V. (VKHD) zur Verfügung zu stellen. Wichtig ist, dass sich Patienten äußern! Wir bitten Sie um einen Kurzbericht Ihres Behandlungserfolges/Ihrer Behandlungserfolge. Bitte füllen Sie auch die unten stehende Einverständniserklärung dazu aus. Herzlichen Dank!

Kurzbericht: _____

Gerne können Sie für Ihre Beschreibung auch die Rückseite benutzen. Bitte schicken Sie diesen Bogen per Post oder per Mail an uns.

Wie sind Sie selbst zur Homöopathie gekommen? Bitte kreuzen Sie an (ggf. Mehrfachnennung):

- durch Empfehlung Homöopath in der Verwandtschaft/im Freundeskreis
 Fernsehen Bücher oder Zeitschriften Internet
 Sonstiges: _____

Bitte unterzeichnen Sie hier die Einverständniserklärung für die Veröffentlichung Ihres schriftlichen Erfahrungsberichts

Hiermit erkläre ich mein (erklären wir unser) Einverständnis, dass dieser Erfahrungsbericht auf der Website des VKHD veröffentlicht werden darf. Ich/wir versichere/n hiermit, dass der Bericht der Wahrheit entspricht.

Vorname, Nachname: _____ w/m? ___ Alter: ____

ggf. Name des betroffenen Kindes: _____ w/m? ___ Kindesalter: ____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Eine Veröffentlichung hat ohne Nennung meines/unserer Vor- und Nachnamen und ohne Nennung von Adresse oder Telefonnummer zu erfolgen. Mit der Nennung des Alters, des Geschlechts und meiner Initialen/der Initialen meines Kindes erkläre ich mich einverstanden. Der VKHD behält sich vor, ggf. einzelne eingesandte Erfahrungsberichte nicht zu veröffentlichen. Sollten von Seiten des VKHD Änderungen am Text oder Kürzungen vorgenommen werden, so muss die geänderte Fassung von mir/uns autorisiert werden. Davon ausgenommen sind orthografische und grammatikalische Änderungen sowie die Streichung von Therapeuten- und Mittelnamen. Ich bin mir/wir sind uns dessen bewusst, dass dieser Erfahrungsbericht unter Umständen auch auf weiteren Webseiten verwendet werden kann und stimme/n dem ausdrücklich zu.

Ort: _____, den _____ (Datum)

Unterschrift Patient/in und bei Kindern auch des/der Erziehungsberechtigten:
