

Meine Selbstverantwortungserklärung

Sehr geehrter Arzt, sehr geehrte Ärztin,
ich weiß, dass Ihnen die Verantwortung für meine Gesundheit gesetzlich übertragen wurde. Ich entbinde Sie hiermit von dieser Verantwortung, da ich mich entschieden habe, die Selbstverantwortung für meinen Körper und meine Gesundheit zu übernehmen.

Ich schätze Ihr Wissen und Ihre Erfahrungen sehr, deshalb habe ich mich vertrauensvoll an Sie gewandt und um Unterstützung gebeten.

Ich möchte, dass Sie mich nach Ihrem besten Wissen und Gewissen unterstützen.
Ich möchte, dass Sie mich über die von Ihnen gefundenen Fakten unterrichten, damit ich selbst entscheiden kann, was für meine Gesundheit wichtig und richtig ist.

Ich möchte, dass Sie ein Nein von meiner Seite akzeptieren, da ich an andere Dinge glaube als sie. Ich weiß, dass die Ursache der Symptome meines Körpers in mir und meinem Leben zu finden ist. Deshalb möchte ich lieber die Ursachen ändern und nicht gegen die Symptome meines Körpers kämpfen.

Ich gehe verantwortungsvoll mit meinem Körper und meiner Gesundheit um, deshalb möchte ich integrative Medizin nutzen. Sie sind dabei ein wichtiger Baustein in meinem für mich aufgestellten Behandlungskonzept.

Ich werde in meinem Weltbild unterstützt und begleitet durch
Selbsteilungsberatung - Gudrun Dara Müller (Diplommathematikerin +
Heilpraktikerin), Levkojenweg 24, 22523 Hamburg, Tel. 040 / 87 60 15 31
Mail: info@selbsteilungsberatung.de

Ihr übermittle ich alle von Ihnen gefundenen Fakten, damit wir gemeinsam nach der Ursache in meinem Leben schauen können und Therapieoptionen besprechen.

Sie ist Initiatorin des Studiennetzwerks – einem Therapeutennetzwerk, das sich für die Schaffung einer integrativen Medizin und die Erforschung der Selbsteilungskräfte des Körpers einsetzt.

Außerdem engagiert Sie sich im Verein Kopernikus e.V. für industrieunabhängige Forschung.

Ich habe von Ihr folgende Verhaltensmaßregeln bekommen:

- Medikamente dürfen von mir nicht eigenmächtig abgesetzt werden, sondern nur in Zusammenarbeit mit dem Arzt, der sie verschrieben hat
- Bei gesundheitlichen Problemen ist ein Arzt oder Krankenhaus meines Vertrauens aufzusuchen.

- Wenn es zu einem Notfall kommen sollte, soll ich vertrauensvoll und ohne Diskussionen die Notfallmedizin nutzen.
Wenn die Gefahr vorbei ist, soll ich meinen Verstand wieder einschalten und meine Selbstverantwortung wieder übernehmen.
- Bei irgendwelchen Ängsten bzgl. meiner Gesundheit soll ich schnellstmöglich um Unterstützung bitten.
- Wenn irgendwelche Symptome gefunden werden, die Anlass zu Angst geben können, soll ich die therapeutische Unterstützung meiner Wahl nutzen.
Es ist aber wichtig, die therapeutischen Erfolge oder Misserfolge nach einem angemessenen Zeitraum zu verifizieren. Am besten durch den Arzt, der diese gefunden hat.

Mein Name ist _____

Mein Geburtsdatum ist _____

Ich wohne in Straße _____

Land / Postleitzahl / Ort _____

Ich habe mein verantwortungsvolles Handeln unter Beweis gestellt, in dem ich zu Ihnen gekommen bin und Sie um Unterstützung und Respekt für meinen gewählten Weg gebeten habe.

Ich entbinde hiermit

_____ von der gesetzlich auferlegten Verantwortung für meine Gesundheit.

Datum _____ Unterschrift _____

Wenn Sie Interesse an den von mir gefundenen Ursachen und meinem für mich gewählten Weg haben, können Sie sich gern wenden an:

Selbstheilungsberatung - Gudrun Dara Müller (Diplommathematikerin + Heilpraktikerin), Levkojenweg 24, 22523 Hamburg, Tel. 040 / 87 60 15 31
Am besten über Mail: info@selbstheilungsberatung.de

Ich entbinde hiermit Gudrun Dara Müller und Sie von der Schweigepflicht, so dass sie sich über mich und meine Symptome austauschen können.

Datum _____ Unterschrift _____