

Til: (læge)

Dato: _____

Din patient, _____, ønsker et forløb med hypnose og hypnoterapi pga.

Ifølge lovgivningen, skal jeg have en læges tilsagn i situationer, hvor en patient får medicin. Jeg udbeder venligst din underskrift nederst på siden her, hvilket tilkendegiver din tilladelse til at din patient må modtage hypnose og hypnoterapi.

På forhånd tak for din imødekommenhed.

Med venlig hilsen

Lone Randers

Udfyldes af den autoriserede:

Jeg har undersøgt min klient, og ser ikke nogen problemer i at anvende hypnose og hypnoterapi i denne situation.

(Til jeres information er nedenstående liste de mest anvendte "kategorier" som vi modtager i forbindelse med henvendelser fra autoriserede):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Overvægt | <input type="checkbox"/> Eksamensangst/præstationsangst |
| <input type="checkbox"/> Fobi | <input type="checkbox"/> Mild depression |
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Nikotin afhængighed |
| <input type="checkbox"/> Astma/allergi | <input type="checkbox"/> Generaliseret angst |
| <input type="checkbox"/> Sengevædning | <input type="checkbox"/> Andet _____ |

Lægens underskrift: _____

Evt.bemærkninger: _____



5-PATH HYPNOSE

Dansk sammenslutning for professionelle certificerede 5-PATH hypnoterapeuter