

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Zur Durchführung von

Krankengymnastik

Massage

Sonstiges

Name und Anschrift des Arztes:

Hiermit bestätige ich,

Name und Anschrift des Patienten:

dass gegen die für Frau/Herr

genaue Bezeichnung der geplanten Behandlung:

geplante Behandlung

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen!

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel