

UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Zur Durchführung von

- Krankengymnastik
- Massage

Sonstiges

Hiermit bestätige ich

Name des Arztes

Anschrift

das gegen die für Frau/Herr

Name und Anschrift des Patienten

geplante Behandlung

genaue Bezeichnung der geplanten Behandlung

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen!

Ort

Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel