



Unbedenklichkeitsbescheinigung

Zur Durchführung von: - Manueller Therapie
- Krankengymnastik
- Massage

Hiermit bestätige ich,

Name und Anschrift des Arztes:

dass gegen die für Frau/Herr

Name und Anschrift des Patienten:

geplante Behandlung

genaue Bezeichnung der Behandlung:

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel