

# 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