

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung zur Durchführung von physiotherapeutischen Maßnahmen

Bezeichnung der geplanten Behandlung(en)

Hiermit bestätige ich, dass gegen die für
Frau/Herrn

o.g. geplante Behandlung ärztlicherseits keine medizinischen
oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Bemerkungen:

Ort

Datum

Unterschrift Arzt / Praxisstempel