

# 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