

medizinische

Unbedenklichkeitsbescheinigung

zur Durchführung physiotherapeutischer / physikalischer Therapie

Hiermit bestätige ich

das gegen die für Frau / Herrn

geplante Behandlung

aus ärztlicher Sicht nichts einzuwenden ist und keine Kontraindikation besteht.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift d. Arzt