

# 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