

Unbedenklickeitsbescheinigung

Hiermit bestätige ich,

Praxisstempel oder Adresse des Arztes/ der Arztpraxis

dass bei Herr / Frau

Name und Anschrift des Patienten

aus ärztlicher Sicht keinerlei medizinische Bedenken gegen die geplante Behandlung bestehen.

genaue Bezeichnung der geplanten Behandlung: KG, MT, CMD, MLD

Datum

Unterschrift des Arztes