

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

Frau / Herr

(Vorname, Nachname)

geb. am _____ in _____

wohnhaft _____
(Straße mit Hausnummer, Ort mit Postleitzahl)

wurde am _____ von mir mit dem Ergebnis untersucht, dass sie / er zum Zeitpunkt der Untersuchung in körperlicher und gesundheitlicher Hinsicht geeignet war,

Lymphdrainage der Arme und/oder Beine und/oder _____

präventive Physiotherapie zu erhalten.

(Name und Anschrift der Arztpraxis)

(Ort, Datum)

(Name der/des untersuchenden Ärztin/Arztes)

(Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes)

(Stempel der Arztpraxis)