

Ärztliche Unbedenklichkeitserklärung

Zur Durchführung von _____

bestätige ich, dass bei Frau/ Herrn _____

aus ärztlicher Sicht keinerlei medizinische oder gesundheitliche Bedenken bestehen.

Diagnose / Bemerkungen:

Ort, Datum

Arzt, Praxisstempel

Physiotherapie für Gross und Klein
Karin Grammerstorf
Kirchenstraße 2
24229 Dänischenhagen
Tel. 04349 - 913 777
Fax 04349 - 913 710