



Ort, Datum

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Hermit bestätige ich,

Dr. med. _____,

dass für Frau/Herr _____,

geboren am _____,

mit der Versicherungsnummer _____,

durch die geplante Therapie

- Ergotherapie, KMT*, KG/ZNS*, MT*, thermische Anwendung*, ET*

Im Rahmen einer therapeutischen Behandlung, aus ärztlicher Sicht, keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Name/Firma/Stempel/Unterschrift

* KMT = klassische Massagetherapie

KG/ZNS = Krankengymnastik

MT = Manuelle Therapie

thermische Anwendung = Paraffin, Ultraschall, heiße Rolle

ET = Elektrotherapie

Anschrift

Ergo- und Physiotherapie und
Logopädie Fuchs-Fischer
Humboldtstraße 1 . 09599 Freiberg

Telefon

037 31 / 16 81 81

Fax

037 31 / 16 81 82

E-Mail

ergotherapiepraxis-freiberg@arcor.de

Internet

www.ergotherapie-physiotherapie-freiberg.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank

BIC: DAAEDEDXXX

IBAN: DE 90300606010106373976