

## Unbedenklichkeitsbescheinigung des behandelnden Arztes / Heilpraktikers (m/w/d)

zur Vorlage bei

---

Geplante Anwendung:

Massage - \_\_\_\_\_

Aromatherapie - \_\_\_\_\_

Sonstiges - \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich,

Name und Anschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

---

dass gegen die bei Frau/Herr

Name und Anschrift des Patienten: \_\_\_\_\_

---

geplante Anwendung diesseits keine medizinischen | gesundheitlichen | psychischen  
Bedenken bestehen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/Heilpraktikers