

Unbedenklichkeitsbescheinigung

zur Durchführung einer logopädischen Therapie

Hiermit bestätige ich,

Name des Arztes:

Adresse des Arztes:

dass gegen die für Frau/Herrn

Name des Patienten:.....

geplante Behandlung

Eindeutige Bezeichnung der geplanten Behandlung:

.....
.....
.....
.....

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Ort

Datum

Unterschrift des Arztes / Praxisstempel