



Ergowiese, Märkische Allee 76, 16548 Glienicke/Nordbahn

(Arztdaten)
An Herrn/Frau

Ort, Datum,

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Hiermit bestätige ich,

Dr. med. _____ ,

dass für Frau/Herr _____ ,

geboren am _____ ,

mit der Versicherungsnummer _____ ,

durch die geplante Therapie

- Ergotherapie, LNB*, FDM*, MT*, *CMD, thermische Anwendung*

im Rahmen einer ergotherapeutischen Behandlung, aus ärztlicher Sicht, keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

Name/Firma/Stempel/Unterschrift

*FDM= Faszien-Distorsions-Modell n. S. Typaldos

*LNB = Liebscher und Bracht Schmerztherapie

*MT = manuelle Therapie

*CMD= Therapie der cranio-mandibulären Dysfunktion

*thermische Anwendung = Paraffin, Ultraschall, heiße Rolle

