



KÖRPERKONZEPT

physiotherapie

KÖRPERKONZEPT PHYSIOTHERAPIE

Zollstraße 3
21465 Wentorf bei Hamburg

UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Zur Durchführung von Physiotherapie im speziellen Kopfschmerz- und Migränetherapie nach Kern.

Hiermit bestätige ich: _____
ARZT

STRASSE, HAUSNUMMER

POSTLEITZAHL

ORT

dass gegen die geplante Behandlung für Frau/Herr _____
NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken

bestehen. Die/der Patient/in leidet an _____ Kopfschmerz.
ART

ORT | DATUM

UNTERSCHRIFT DES ARZTES

PRAXISSTEMPEL

KÖRPERKONZEPT physiotherapie

Zollstraße 3 - 21465 Wentorf
www.physio-koerperkonzept.de

T +49 (0) 40/552 861 00
E info@physio-koerperkonzept.de

STEUER-NR. 27/007/61488

GESCHÄFTSFÜHRUNG

Marie-Claire Beuth

BANK Apobank

BIC DAAEDEDXXX

IBAN DE88 3006 0601 0003 8293 95