

# **Ärztliche Unbedenklichkeitserklärung,**

zur Behandlung durch einen Heilpraktiker für Psychotherapie, nach dem Heilpraktikergesetz (HeilprG).

**Bitte durch die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt ausfüllen lassen.**

Hiermit bestätige ich, dass es aus medizinischer/ gesundheitlicher Sicht keine Gründe gibt, die einer Behandlung durch einen Heilpraktiker für Psychotherapie bei Frau / Herrn...

\_\_\_\_\_, geboren am, \_\_\_\_\_

entgegenstehen.

**Möglichkeit für Anmerkungen der Ärztin, des Arztes.**

---

---

---

---

---

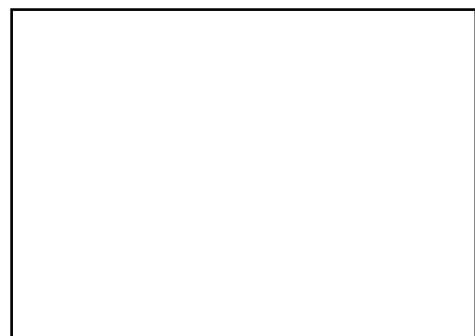
---

---

---

---

---



Ort/ Datum

Stempel/ Unterschrift