

## Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

Zur Teilnahme am Präventionsangebot „Live-Online-seminar Autogenes Training“

Hiermit bestätige ich, dass bei

Frau/ Herr (nicht zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_ (Vorname) \_\_\_\_\_ (Nachname),

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

wohnhaft in: \_\_\_\_\_.

(Straße mit Hausnummer, Ort mit Postleitzahl)

- aus ärztlicher Sicht keine medizinischen oder gesundheitlichen Gründe vorliegen, die gegen eine Anwendung des Autogenen Trainings sprechen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/ der  
behandelnden Arztes/ Ärztin

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel