

Ärztliches Attest

hiermit wird bescheinigt, dass die physiotherapeutische Behandlung von Patient/in

Name:

Adresse:

dringend medizinisch notwendig und nicht aufschiebbar ist.
(siehe Allgemeinverfügung des Landes Niedersachsen vom 22.03.2020)

Datum:

Stempel/ Unterschrift der Arztpraxis