

Hiermit bestätige ich, dass der/ die Patient /in _____

Nicht unter folgenden Erkrankungen/ körperlichen Veränderungen leidet:

- Schwangerschaft
- Akute Thrombose
- Akute Entzündung
- Frische Implantate im Bereich des Bewegungsapparates
- Frische Frakturen
- Akute Tendopathien
- Akute Steinleiden von Gallenwegen und ableitenden Harnwegen

Bei aktuellen Veränderungen der gesundheitlichen Situation ist der Patient/die Patientin aufgefordert, mich bzw. die TherapeutInnen der CampusPraxis in Kenntnis zu setzen. Eine Haftung für Schäden wird hiermit ausgeschlossen.

(Datum/Unterschrift/ Stempel)