

Adresse/Stempel des zuweisenden Arztes

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Anschrift der Therapiepraxis

**Praxis für
Ernährungsberatung Vera Hille
Dipl.-Oecotrophologin Univ.**

Freiligrathstr. 16
65812 Bad Soden
06196 524 65 69
0151 5922 8696
hille@peakform.de
www.peakform.de

Datum: _____

Hiermit bestätige ich als behandelnder Arzt, dass bezüglich der Teilnahme von:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

an einer Teilnahme beim Präventionsprogramm **ICH nehme ab!**, bei dem neben Gesichtspunkten einer gesunden Ernährung auch Bewegungselemente sowie Elemente zum Stressmanagement enthalten sind, keine Bedenken bestehen.

Unterschrift des Arztes