

Name: _____

Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Bestätigung für Suchtakupunktur

Frau / Herr

hat sich bei mir

ambezüglich Suchtakupunktur vorgestellt.

Von ärztlicher Seite bestehen keine Bedenken gegen die Durchführung der Suchtakupunktur nach dem Nada - Protokoll durch Frau Natalie Andraschko, Mitarbeitende der Suchtberatungsstelle Release Mitte oder Frau Tamara Darkashly, Herrn Rolf Berger oder Michael Lohmüller Mitarbeitende der Suchtberatungsstelle Release Direkt.

Arzt Name / Stempel:.....

Datum, Unterschrift:.....