

Ganzkörperkältetherapie (Kryotherapie)

Ärztliche Verordnung

Teil 1 - Identifizierung

Ich, Unterzeichnete(r),

Dr.	
-----	--

behandelnder Facharzt/Hausarzt von

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Mitgliedsnummer	

Teil 2 - Diagnose

bestätige, dass die oben genannte Person an einer Erkrankung in folgendem Bereich leidet

- Traumatologie
- Rheumatologie
- Fibromyalgie
- Neurologie
- Dermatologie

und der aktuelle Gesundheitszustand eine Teilnahme an einer Kryotherapie erlaubt.

Datum	
Unterschrift	