

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