



# Bestätigung für ein Coaching

Für die Weiterbildung

**Akupunktur Massage nach Radloff  
ESB/APM/ORK**

Energetisch statische Behandlung  
Akupunktur Massage  
Ohr-Reflexzonen-Kontrolle

Vorname/Name des Kandidaten

Vorname / Name des Coach inkl.  
Praxisadresse

Datum

Thematischer Schwerpunkt

Zeitlicher Umfang

Einzel-Coaching

Gruppen-Coaching

Übungsort

Der/Die Coach / Unterschrift und  
Praxisstempel

Datum