



Bestätigung für eine Besprechung

In der Ausbildung

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

Energetisch statische Behandlung
Akupunktur Massage
Ohr-Reflexzonen-Kontrolle

Vorname / Name des Lernenden

Vorname / Name des Mentors
inkl. Praxisadresse

Datum

Thematischer Schwerpunkt

Zeitlicher Umfang

Übungsort

Mentor/in, Unterschrift und
Praxisstempel

Datum