



# Bestätigung für ein Mentorat

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