

# Bestätigung des methodenspezifischen Eigenprozesses für angehende Komplementärtherapeuten

---

(auszufüllen durch die behandelte Person und unterschrieben von der behandelnden Therapeutin)

Name der behandelten Person

Name des Therapeuten

Behandlungsgrund:

Anzahl Behandlungen:

Zeitraum:

Ich bestätige, dass die obengenannte Person in diesem Zeitraum die angegebene Anzahl Behandlungen mit Akupunktur Massage nach Radloff erhalten hat.

Gültig ab 2025: Gleichzeitig bestätige ich, dass ich im Besitz des Branchenzertifikats KT bin.

Ort, Datum:

Unterschrift: