

Behandlungsbescheinigung

(zur Vorlage beim Versicherungsträger)

Hiermit bescheinige ich, dass

Herr Kratz, Detlef

wohnhaft in Berlin

laut Verordnung von Frau Dr. med. Sophie Brümmer

vom 19.03.2024 bei mir an nachstehend aufgeführten Tagen zur Behandlung erschienen ist:

09.04.2024	18.04.2024	22.04.2024	25.04.2024	29.04.2024
02.05.2024				

Berlin, den 02.05.2024

Praxis für Physiotherapie
AD GmbH IK 445105815
Mohrner Allee 4
12347 Berlin

Praxis AD
Stempelhandschrift

Mohrner Allee 4, 12347 Berlin
TEL: 030 711 7101 FAX: 030 711 1512
E-Mail: info@praxisad.de