

.....  
Stempel der Arztpraxis

.....  
Datum

## Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt

Name der Patientin /  
des Patienten : .....

Geboren am : .....

Wohnhaft in :  
.....  
.....

Die /der zuvor benannte Patientin / Patient ist in meiner Praxis in Behandlung. Sie /er benötigt zur Verbesserung bzw. Stabilisierung des Krankheitsbildes die Anwendung von

H I P P O T H E R A P I E für den Zeitraum ..... bis ..... 20 .....

(Monat)

(Monat)

1 x pro Woche     1 – 2 x pro Woche     2 x pro Woche

---

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

.....  
Unterschrift des Arztes