

## Stammdaten - Patient

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Stadt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## Bestätigung für Suchtakupunktur

Frau / Herr .....

hat sich bei mir

**am ..... bezüglich Suchtakupunktur vorgestellt.**

Von ärztlicher Seite bestehen keine Bedenken gegen die Durchführung der Suchtakupunktur nach dem Nada-Protokoll durch Frau Natalie Andraschko, Mitarbeitende der Psychosozialen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke der Stadt Esslingen.

Arzt Name / Stempel:

.....

Datum, Unterschrift:

.....

