

Unbedenklichkeitsbestätigung

zur Teilnahme an einer Fastenmaßnahme

Herr/ Frau (Name des/der Patient*in)

kann aus medizinischer Sicht an einer durch Fastenleiter*innen begleiteten Fastenmaßnahme (ambulantes Fasten / Fastenkurs) teilnehmen.*

Ort und Datum

Name und Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

**Kontraindikation für eine o.g. Teilnahme ist ein insulinpflichtiger oder oral eingestellter Diabetes mellitus sowie die Einnahme von Antikoagulantien (außer ASS 100).*