

# 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).*