

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

**Erklärung**  
gegenüber dem Amt für Gesundheit  
der Landeshauptstadt Kiel

Ich erkläre, die Heilkunde nur beschränkt auf das Gebiet der Physiotherapie auszuüben.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift