

**Nachweis durchgeführter (Übungs-)Akupunkturbehandlungen
nach dem NADA-Protokoll**

Name:

| | Datum | Behandelte Person (z.B. Pat., Mitarb.) Keine Namen, keine Unterschriften! | Behandlungssetting (z.B. Arbeitsstätte, Mitarbeiterteam, privat) |
|----|-------|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass die Behandlungen (Umsetzung des NADA-Protokolls) von mir durchgeführt wurden.

Datum: Unterschrift:

Um das Zertifikat zu beantragen, muss **dieser Nachweis zusammen mit den anderen Bescheinigungen** auf der NADA-Homepage hochgeladen werden.