

**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 (www.nada-akupunktur.de) hochgeladen werden.