.....

(miejscowość, dnia)

ZAŚWIADCZENIE

Nie stwierdzam występowania przeciwwskazań neurologicznych do udziału w treningach EEG-Biofeedback lub RSA/HRV-Biofeedback u pacjenta(-ki) .....,

(imię i nazwisko)

ur. ..... .

.....

(data, pieczątka lekarza neurologa)