Anwesenheitsbescheinigung

Versicherter: _____

Name Vorname Geb. Datum KV-Nr.

Behandler (Name und Ort):

_____

	Datum	Anzahl Mitfahrer		Datum	Anzahl Mitfahrer		Datum	Anzahl Mitfahrer
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		
						31		

Bestätigung des Versicherten:

Hiermit bestätige ich, dass ich an den o. g. Tagen zur ambulanten Behandlung gefahren worden bin.

_____

Datum, Unterschrift

Bestätigung des Behandlers/Therapeuten:

Hiermit wird bestätigt, dass der o. g. Versicherte an den genannten Tagen in meiner/unserer Einrichtung behandelt wurde.

_____

Datum, Unterschrift, Stempel