

## 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/unsere Einrichtung behandelt wurde.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift, Stempel