

Bestätigung bei Arztbesuch während der Arbeitszeit

Anschrift beschäftigte Person

Hiermit bestätigen wir, dass oben genannte/r Patient/in

am _____

von _____Uhr bis _____Uhr

in unserer Praxis behandelt wurde **und ein Behandlungstermin außerhalb der Arbeitszeit des/der Patienten/in aus medizinischen oder innerbetrieblichen Gründen nicht möglich gewesen wäre.**

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes