

Bestätigung für einen Besuch beim Arzt während der Arbeitszeit

Name und Adresse der Patientin/des Patienten

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

am _____

von _____ bis _____ Uhr

als Patient/in in unserer Praxis war.

Wir bestätigen, dass der Termin aus medizinischen oder innerbetrieblichen Gründen nicht außerhalb der regulären Arbeitszeit der/des Patienten/in stattfinden konnte.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes
