

## Bescheinigung zur Terminwahrnehmung therapeutischer Versorgung

Hiermit wird bestätigt, dass die aufgeführte Person sich in notwendiger therapeutischer Behandlung in unserer Einrichtung befindet.

Die Termine finden vorerst im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ statt.

### Patient/in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Anschrift therapeutische Einrichtung:

Firmenname : \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass die Angaben richtig und vollständig sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Unterschrift therapeutische  
Einrichtung



Stempel therapeutische Einrichtung