#  Anwesenheitsbescheinigung

Persönliche Daten von (Name, Vorname)

geboren am KV-Nr.

## Daten des Behandlers

Name

Anschrift

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 genannten Tagen

zur ambulanten Behandlung gefahren worden bin. Datum Unterschrift

### Bestätigung des Behandlers/Therapeuten\*

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person

an den genannten Tagen in meiner/unserer Einrichtung

behandelt wurde. Datum Stempel und Unterschrift

\*Für die Angaben der Ärzte ist die EBM-Ziffer 01620 abrechnungsfähig. Rechtsgrundlage § 60 SGB V i. V. m. KrTrR.

#  Anwesenheitsbescheinigung Dialyse

( Anwesenheitsbescheinigungen, welche durch das Dialysezentrum ausgestellt werden, können Sie alternativ verwenden.)

Persönliche Daten von (Name, Vorname)

geboren am KV-Nr.

## Daten des Behandlers

Name

Anschrift

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 desVersicherten

Hiermit bestätige ich, dass ich an den genannten Tagen

zur ambulanten Behandlung gefahren worden bin. Datum Unterschrift

### Bestätigung des Behandlers/Therapeuten\*

Hiermit wird bestätigt, dass die oben genannte Person

an den genannten Tagen in meiner/unserer Einrichtung

behandelt wurde. Datum Stempel und Unterschrift

\*Für die Angaben der Ärzte ist die EBM-Ziffer 01620 abrechnungsfähig. Rechtsgrundlage § 60 SGB V i. V. m. KrTrR.