

Anwesenheitsbescheinigung

(Diese Anwesenheitsbescheinigung ersetzt keine Verordnung einer Krankenförderung)

Versicherte/Versicherter:

Name, Vorname _____

Geb. Datum _____

KV-Nr. _____

Behandler/Therapeut:

Stempel

Behandlungstage:

	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 durch die Versicherte/den Versicherten:

Ich wurde an o.g. Tagen zur Behandlung gefahren

Datum: _____ Unterschrift: **X**

Bestätigung der Richtigkeit durch Behandler/Therapeut:

Die Versicherte/der Versicherte wurde an o.g. Tagen bei uns behandelt

Datum: _____ Unterschrift: _____