

Anwesenheitsbescheinigung für Krankenfahrten

Taxizentrale Esslingen eG

MONAT _____ 2017



Patient/Versicherter: _____

Krankenhaus, Praxis, Einrichtung: _____

Datum:	Hin	Rück	Datum:	Hin	Rück

Hiermit bestätige ich dass ich an den o.g. Tagen zur ambulanten Behandlung mit dem Taxi gefahren bin:

Unterschrift Patient

Bestätigung des Behandlers:
Hiermit bestätigen wir dass der Patient an den o.g. Tagen von uns behandelt wurde:

Stempel/Unterschrift