

An die/den **Dienstgeber/in**

Die/Der Versicherte \_\_\_\_\_

nahm heute ärztliche Hilfe in der Ordination (Ambulanz) in der Zeit

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr in Anspruch.

Datum \_\_\_\_\_

An die Firma\*)

\_\_\_\_\_  
Stempel der Ärztin/des Arztes (der Ambulanz) und Unterschrift

\_\_\_\_\_  
\*) Vom Versicherten auszufüllen!