

## ANWESENHEITSBESCHEINIGUNG

Hiermit bestätigen wir, dass sich Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

zur ambulanten Untersuchung in folgendem Zeitraum in unserem Zentrum befand:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
von (Uhrzeit)

\_\_\_\_\_  
bis (Uhrzeit)

medneo Diagnostikzentrum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift Receptionist