



ELSTERSCHULZENTRUM ELSTERWERDA

Primarstufe & Sekundarstufe I

Bestätigung bei Arztbesuch während der Schulzeit

Anschrift

Hiermit bestätigen wir, dass oben genannte/r Patient/in

am _____

von _____ Uhr bis _____ Uhr

in unserer Praxis behandelt wurde und ein Behandlungstermin außerhalb der Arbeitszeit des/der Patienten/in aus medizinischen oder innerbetrieblichen Gründen nicht möglich gewesen wäre.

Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf das Schulgesetz und die damit verbindliche Schulpflicht hin.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes