



---

## Bescheinigung über Arztbesuch

\_\_\_\_\_  
Name des Schülers / der Schülerin

war in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr  
zur Behandlung in meiner Praxis.

Die Behandlung konnte nicht außerhalb der planmäßigen Unterrichtszeit durchgeführt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

✂-----✂-----✂



---

## Bescheinigung über Arztbesuch

\_\_\_\_\_  
Name des Schülers / der Schülerin

war in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr  
zur Behandlung in meiner Praxis.

Die Behandlung konnte nicht außerhalb der planmäßigen Unterrichtszeit durchgeführt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes