



Bestätigung Arztbesuch

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin / der Schüler _____
des Alexander-von-Humboldt-Gymnasiums in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
zur Behandlung in meiner Praxis war.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift



Bestätigung Arztbesuch

Hiermit wird bestätigt, dass die Schülerin / der Schüler _____
des Alexander-von-Humboldt-Gymnasiums in der Zeit von _____ Uhr bis _____ Uhr
zur Behandlung in meiner Praxis war.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift