

**Bestätigung des Arzttermins zur Einholung einer Zweitmeinung**

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr \_\_\_\_\_, wohnhaft

\_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung in meiner Sprechstunde

war.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt