

ORTOPÆDKLINIK I SLAGELSE

Ingemannsvej 6C · 4200 Slagelse

BEKRÆFTELSE AF PATIENTBESØG

Det bekræftes hermed, at patient med:

CPR-nummer: _____

Henvist fra: _____

har været til konsultation/behandling i Ortopædklinik i Slagelse på følgende datoer og tidspunkter:

BESØG 1	
Dato:	_____
Tidspunkt:	_____

BESØG 2	
Dato:	_____
Tidspunkt:	_____

Denne bekræftelse udstedes som dokumentation for patientens fremmøde i klinikken i forbindelse med ansøgning om kørselsgodtgørelse.

Slagelse, den: _____

Underskrift: _____

Ortopædklinik i Slagelse

Ingemannsvej 6C
4200 Slagelse