

(Ort und Datum)

ATTEST

Name des Kindes _____,

Geb. am _____

Wohnhaft: _____

Hiermit wird bestätigt, dass (*Name des Kindes*), (*Geburtsdatum*),

in unserer Praxis behandelt wurde. Das Kind, ihres Mutter: Frau (*Name der Mutter*) und ihres Vater (*Name des Vaters*), sind mir persönlich durch die Untersuchung in der Praxis bekannt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. _____



Foto des Kindes

Stempel

(*Name des Kindes*)