

Ort, Datum _____.

Stempiglie (Name und Adresse der Einrichtung)

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr/Frau _____, geb. am _____ Mitarbeiter_in
der oben genannten Ordination/Gesundheitseinrichtung ist. Zur Sicherung der
Versorgungsstrukturen der o.g. Einrichtung und zur Sicherung der Patientenversorgung
ist eine freie Mobilität zur Erledigung von notwendigen Dienstgänge erforderlich. Ich
bestätige hiermit auch, dass er/sie entsprechend der derzeit gültigen allgemeinen
Verhaltens- und Hygienemaßnahmen sowie in den berufsspezifischen Verhaltens- und
Hygienemaßnahmen von mir unterwiesen wurde.

Unterschrift

Unterschrift

Name des Dienstgebenden
Dienstnehmenden

Name des