Bestätigung 1|1

Hiermit bestätige ich/bestätigen wir, dass sich

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

.....

mit dem Problem Häusliche Gewalt an mich/unsere Einrichtung gewendet hat.

Dauer der Betreuung/Behandlung

Vom .....

bis .....

seit .....

Bemerkungen .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum .....

Betreuende/r Ärztin/Arzt .....

Stempel der ausstellenden Praxis/Einrichtung

Unterschrift der betroffenen Person .....