

Absender
Vorname, Name
Straße
PLZ, Ort

**Praxis Fuchs-Fischer
Humboldtstraße 1&4**

09599 Freiberg

Betreff: Bestätigung der eigenständigen Mobilität für Menschen mit Demenz oder aus der Pädiatrie

Sehr geehrtes Praxisteam,

ich, _____ bestätige hiermit, dass
[Vor- und Nachname des Patienten oder der rechtlichen Vertretung]

_____ eigenständig in der Lage ist,
[Vor- und Nachname des Patienten]

ihre Praxis aufzusuchen, bzw. den Weg nach Hause zu bewältigen.

Wir möchten darauf hinweisen, dass wir die individuellen Bedürfnisse unseres Familienmitglieds sorgfältig berücksichtigt haben. In diesem Zusammenhang versichern wir, dass alle erforderlichen Maßnahmen getroffen wurden, um sicherzustellen, dass oben genannte Person die notwendige Mobilität und Fähigkeit besitzt, eigenständig den Weg zu Ihrer Praxis sowie den Heimweg zu bewältigen.

Diese Bestätigung dient dazu, Sie darüber zu informieren, dass oben genannte Person keine besondere Unterstützung für die Anreise benötigt und eigenverantwortlich mobil ist.

Für eventuelle Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Ort, Unterschrift
