

An Frau/Herrn | To Ms/Mr _____

Bestätigung als Beilage zum Ansuchen auf Pflegefreistellung an der Uni Graz |
Confirmation as supplement to the application for care day leave at the University of Graz

Sehr geehrte/r Frau/Herr | Dear Ms/Mr _____,

hiermit wird bestätigt, dass Ihr:e _____ we hereby certify that your

Verwandtschaftsverhältnis | relationship

Name der Patientin/des Patienten | name of the patient

geb. am | born on _____

zum Untersuchungs- oder Behandlungs- had to be accompanied at the
termin begleitet werden musste: examination or treatment appointment:



Stempel/Bezeichnung der Gesundheits- oder Pflegeeinrichtung/des Krankenhauses
Stamp/signature of the health or care institution/the hospital/medical doctor

Termin am | appointment on _____

Mit freundlichen Grüßen | Best regards

Ort, Datum
Location, Date

Name und Funktion der/des Unterzeichnenden
Name and function of signer(s)

Unterschrift
Signature