

## Bestätigung über Praxistätigkeit mit Laborverordnung während 2014 und 2015 oder 2015 und 2016

---

Auszufüllen durch Ihren Arbeitgeber oder bei Gruppenpraxen durch Ihren Praxispartner.

Hiermit bestätige ich, dass

Name und Vorname des Antragstellers Fähigkeitsausweis Praxislabor gem. Übergangsregelung	
Im Zeitraum Von : Bis:	

**in unserer Praxis gearbeitet und in diesem Zeitraum Laborleistungen in unserm Praxislabor verordnet hat.**

Name und Vorname des Arbeitgebers (bei Gruppenpraxen Name und Vorname des Praxispartners)	
Praxis	
Ort und Datum	
Stempel/Unterschrift	