|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bearbeiter(in) | Tel.-Durchwahl | Fax.-Durchwahl | E-mail | Kiel, am |
| J. {arzt} | 0431-20099-0 | 0431-20099-159 | {arzt}@schmerzklinik.de | {entlassung} |

**Ärztliche Bescheinigung**

**Diagnosen: Primäre Kopfschmerzerkrankung**

{anrede}  **{vorname} {nachname}, geb.: {geburtstag}, wohnhaft in {addresse}** befand sich vom {aufnahme} bis zum {entlassung} in unserer stationärer Behandlung aufgrund einer chronischen Schmerzerkrankung.

Mit freundlichem Gruß

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| J. {arzt} | B. Koch | Prof. Dr. H. Göbel |
| Stationsarzt | Oberärztin | Chefarzt |