

Ärztliches Attest

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Frau/Herr
(Vor- und Nachname)

geb. am in

- eine Teilnahme am öffentlichen Leben aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist.
(die Wohnung/Einrichtung wird von o.g. Person nicht mehr verlassen)

Eine Befreiung von der Ausweispflicht wird hiermit befürwortet.

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes: