

Gesundheitliches Attest

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Name, Vorname

geb. am: _____

wohnhaft in: _____

eine Teilnahme am öffentlichen Leben nicht mehr möglich ist.
Die Wohnung wird von o.g. Person nicht mehr ohne Hilfsperson verlassen.

Eine Befreiung von der Ausweispflicht wird hiermit befürwortet.

Bad Lobenstein, _____

Unterschrift und Stempel des Erklärenden : _____