

# Ärztliches Attest

Hiermit wird bestätigt, dass bei

(zutreffendes bitte kennzeichnen)

Frau / Herr .....  
(Vor- und Nachname)

geb. am .....

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

**Eine Befreiung von der Ausweispflicht wird hiermit befürwortet.**

Unterschrift und Stempel des Arztes: .....

Hiermit wird bestätigt, dass von

Frau / Herr .....  
(Vor- und Nachname)

geb. am .....

aus gesundheitlichen Gründen keine Unterschrift mehr geleistet werden kann.

Unterschrift und Stempel des Arztes .....