

# ÄRZTLICHES ATTEST

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Herr / Frau .....

geboren am:.....

in: .....

wohnhaft: .....

.....

eine Teilnahme am öffentlichen Leben nicht mehr möglich ist.

Eine Befreiung von der Ausweispflicht wird hiermit befürwortet:

**Herr / Frau** ..... ist aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage eine Unterschrift zu leisten.

Ort und Datum:

Unterschrift und

Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_