

## 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 : \_\_\_\_\_