

# ÄRZTLICHES ATTEST

Allgemeine Vorlage · Offizielles Muster

Die unterzeichnende, zur Ausübung der Medizin berechtigte Fachperson  
bescheinigt die ärztliche Untersuchung der nachstehend bezeichneten Person:

## PATIENTENIDENTIFIKATION

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Alter: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_ Ausweisdokument: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## GESUNDHEITZUSTAND / BEFUNDE

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DIAGNOSE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANMERKUNGEN / EMPFEHLUNGEN:

\_\_\_\_\_

Ausgestellt in: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_ Berufsreg.-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_