

# Ärztliches Attest

## Befreiung von der Ausweispflicht

Hiermit wird bestätigt, dass bei

Frau/ Herr

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.**

Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes: \_\_\_\_\_