

ÄRZTLICHES ATTEST

Diesen Attest bitten wir von Ihrem Hausarzt ausfüllen zu lassen
und im verschlossenen Umschlag zu senden an:

Seniorenpflegeheim Löhlbacher Hof
Wildunger Straße 2
35114 Haina

Vor- und Zuname

.....

Geburtsdatum

.....

FOLGENDE ERKRANKUNGEN SIND AUSZUSCHLIESSEN

Ansteckende Erkrankungen

Ja

Nein

Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen)

Ja

Nein

Chronische bakterielle Erkrankungen

Ja

Nein

Medizinische Diagnosen:

.....
Datum

.....
Unterschrift u. Stempel des Arztes