

# 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 LIEGEN VOR:

Ansteckende Erkrankungen

Ja

Nein

Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen)

Ja

Nein

Chronische bakterielle Erkrankungen

Ja

Nein

Medizinische Diagnosen:

.....

Datum

Unterschrift u. Stempel des Arztes