**Absender**

|  |
| --- |
|       |

**Ärztliche Bescheinigung**

Zur Vorlage bei der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Frau/Herr(Vor- und Zuname) |       | geb. am |       |
|  |
| SV-Nr. |       |
|  |  |
| wohnhaft in  |       |
|  |  |
| **wurde heute von mir ärztlich untersucht.** |
|  |
| Bei Frau/Herr |       | **sind alle Hautläsionen**  |
|  |
| **vollständig abgeheilt. Er/Sie fühlt sich gesund und frei von Symptomen. Er/Sie wurde über weitere Vorsichtsmaßnahmen aufgeklärt.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| Ort, Datum |  | Stempel und Unterschrift des Arztes |