**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 |