

BESCHEINIGUNG des behandelnden Arztes

Hiermit bestätige ich, dass

Herr / Frau _____

geb. am: _____

wohnhaft in: _____

**aus ärztlicher Sicht in der Lage ist, an dem "Betreuten Urlaub"
im *Ostseeheilbad Boltenhagen* teilzunehmen.**

Diagnose: _____

Derzeitige Medikation: _____

Sonstige Verordnungen: _____

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift