

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage in der Mutter/Vater-Kind-Klinik

Frau/Herr _____ wird am _____ gemeinsam mit den Kindern eine stationäre Vorsorgemaßnahme/stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Mutter/Vater-Kind-Klinik Rerik durchführen.

Zum jetzigen Zeitpunkt bestehen zur Durchführung einer Heilmaßnahme aus ärztlicher Sicht keine Bedenken.

_____, **geb.** _____

Vorname Familienname

ist frei von ansteckenden und akuten Erkrankungen.
Der Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung
ist unbedenklich.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes

_____, **geb.** _____

Vorname Familienname

ist frei von ansteckenden und akuten Erkrankungen.
Der Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung
ist unbedenklich.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes

_____, **geb.** _____

Vorname Familienname

ist frei von ansteckenden und akuten Erkrankungen.
Der Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung
ist unbedenklich.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes

_____, **geb.** _____

Vorname Familienname

ist frei von ansteckenden und akuten Erkrankungen.
Der Besuch einer Gemeinschaftseinrichtung
ist unbedenklich.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes