

# Ärztliche Bestätigung

an den Dienstgeber/an die Schule

Der Patient \_\_\_\_\_ Vers. Nr. \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

beschäftigt bei \_\_\_\_\_ war am \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr in meiner Ordination und

☐ bedarf einer Pflegefreistellung von \_\_\_\_\_ voraussichtlich bis \_\_\_\_\_ aufgrund  
der notwendigen Pflege des erkrankten Angehörigen \_\_\_\_\_

☐ ist bei mir in ärztlicher Behandlung und seit \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ arbeitsunfähig.

☐ kann/konnte am Schulunterricht  
☐ kann/konnte am Turnunterricht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ nicht teilnehmen.

Ernstbrunn, am 19.02.2024

104297 Allgemeinmedizin  
**Dr. med. Sarka Till**  
Mistelbacherstr. 19, 2115 Ernstbrunn  
Tel: 02576 2285

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes