**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

Stempel und Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ernstbrunn, am 19.02.2024

von\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nicht teilnehmen.