

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage in der Werkstatt für behinderte Menschen**

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

**Behandelnder Arzt**

Die oben genannte Person wurde von mir untersucht.

Stempel	
Name	_____
Straße	_____
PLZ	_____
Ort	_____
Telefon	_____

Eine Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung (WfbM) wird für den Zeitraum vom 13.07.-16.09.2020 auf Grund einer oder mehrerer Erkrankungen\* aus ärztlicher Sicht nicht befürwortet.

\*Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. koronare Herzerkrankung, Schlaganfall und Bluthochdruck, Herzklappenfehler, Herzschrittmacher usw., chronische Lungenerkrankungen (z. B. COPD, Asthma usw., chronische Lebererkrankungen, Patienten mit Diabetes mellitus, Patienten mit einer Krebserkrankung, Patienten mit geschwächtem Immunsystem (z. B. aufgrund einer Erkrankung, die mit einer Immunschwäche einhergeht oder durch die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die die Immunabwehr beeinflussen und herabsetzen können, wie z. B. Cortison)

**Bemerkungen**


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/Stempel