

REISEUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNG

Name der/des Patientin/Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte Person aufgrund folgender gesundheitlicher Einschränkungen reis

Die Reisunfähigkeit besteht voraussichtlich vom: _____

bis: _____

Begründung der Reisunfähigkeit (ggf. Diagnosen, Symptome, Einschränkungen):

Diese Bescheinigung wurde nach eingehender Untersuchung / Beratung ausgestellt.

Ärztin / Arzt

Patientin / Patient

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Datum: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/reiseunfähigkeitsbescheinigung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.