

Datum: _____

Ärztliches Attest

Betr.:

Name _____

Vorname _____

Geb.-datum _____

Versicherer _____

Kassen-Nr. _____

Versicherten-Nr. _____

Hiermit bestätige ich, dass Herr / Frau _____
Träger eines der folgenden Systeme ist bzw. unter einer der folgenden Beeinträchtigungen
leidet, die bei gesetzlich vorgeschriebenem Anlegen von Schulter- oder Beckengurten in
Kraftfahrzeugen oder in Flugzeugen einen Schutz vor Druck oder Unfallstoß durch den Gurt
erfordern.

- Herzschrittmacher
- Defibrillator
- Neurostimulationssystem
- Portsystem
- Sonstiges: _____

- Druckempfindliche Wunde
- Druckempfindliche Narbe
- Ileo- / Colostoma
- Urostoma
- Druckempfindliche Hautareale bei dermatologischer bzw. neurologischer Erkrankung

Unterschrift d. beh. Arztes / d. beh. Ärztin

Stempel