

Ärztliches Attest für

Name, Vorname :

Geburtsdatum :

Adresse :

Obengenannte/r ist seitbei mir in fachärztlicher Behandlung .

Diagnose (ICD)

Wegen dieser Erkrankung waren in den letzten 5 Jahren folgende ambulante / stationäre Maßnahmen erforderlich:

Die Erkrankung besteht weiterhin.

Liegt Erwerbsunfähigkeit im Sinne der gesetzl. Rentenversicherung vor ? _____

Zur Unterstützung der fachärztlichen Behandlung und um eine weitere Eingliederung der / des Obengenannten zu erreichen, befürworte ich den Besuch der Tagesstätte - OASE für einen Zeitraum von _____ Monaten.

Ort

Datum

(Unterschrift und Stempel)