

ÄRZTLICHES ATTEST

Name Patient _____

Geburtsdatum: _____

Die o. g. Person ist aus medizinischer Sicht aus folgenden Gründen gesundheitlich eingeschränkt:

- vorübergehend bis voraussichtlich: _____
- dauerhaft
- Die Einschränkung betrifft insbesondere die Fähigkeit, körperliche Tätigkeiten (z. B. Gartenarbeit, Pflege von Wegen, Hecken oder Anlagen) am Stück über einen Zeitraum von **mindestens drei Stunden** auszuüben:
 - nicht möglich
 - nur mit erheblicher gesundheitlicher Belastung / Risiko
 - nur in begrenztem Umfang: _____
- Die Einschränkung betrifft insbesondere die Fähigkeit, körperliche Tätigkeiten (z. B. Gartenarbeit, Pflege von Wegen, Hecken oder Anlagen **dauerhaft** auszuüben

Dieses Attest dient ausschließlich der Vorlage beim Vorstand des o. g. Kleingärtnervereins zur Prüfung einer Befreiung von Pflicht- oder Solidarstunden im Rahmen der Gartenordnung und des Bundeskleingartengesetzes.

Magdeburg, _____

(Stempel Arztpraxis)

Unterschrift Arzt