

# 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