

| | |
|----------------------|---|
| <hr/> Name, Vorname: |  <p>Klinik Werraland Zentrum für Familiengesundheit</p> <p>Prävention und Rehabilitation Psychischer und somatischer Erkrankungen</p> <p>Balzerbornweg 2 37242 Bad Sooden-Allendorf Tel. 05652/955-0 Fax: 05652/955-100 info@klinik-werraland.de www.klinik-werraland.de</p>  |
| <hr/> Geb.-Datum: | |
| <hr/> Anschrift: | |
| <hr/> Telefon: | |

Gynäkologisches Attest für schwangere Patientinnen

(Das Attest ist 14 Tage vor Kurantritt einzureichen)

Oben genannte Patientin wird seit _____ von mir betreut.

Es liegt keine Risikoschwangerschaft vor. Die Patientin ist uneingeschränkt kurfähig. Es bestehen keine/folgende Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit:

SSW: _____ VET: _____

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel