

ÄRZTLICHES ATTEST

Ich bescheinige meiner Patient*in _____
[Name, Geburtsdatum]

aufgrund von _____ an einer orthostatischen
[Erkrankung]

Intoleranz zu leiden.

Zur Vermeidung einer dauerhaften gesundheitlichen Verschlechterung ist die

Einhaltung einer liegenden Position zu gewährleisten.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift