

**Bescheinigung zur Gewährung des Urlaubs zur Begleitung  
einer Person am Lebensende**

Name und Adresse des behandelnden Arztes

Ärztliche Zulassungsnummer

---

---

---

---

Ich, Unterzeichnender, behandelnder Arzt von

\_\_\_\_\_

(Name und Vorname der zu begleitenden Person)

| Jahr |
|------|
|      |

| Monat |
|-------|
|       |

| Tag |
|-----|
|     |

| Ctr Nr |
|--------|
|        |

(Kennnummer der zu begleitenden Person)

bescheinige hiermit ihre/seine befristete Lebensdauer, festgestellt ab dem \_\_\_\_\_  
(Datum der festgestellten, befristeten Lebensdauer)

Diese Bescheinigung dient der Gewährung eines Urlaubs zur Begleitung einer Person am Lebensende laut Gesetz vom 16. März 2009 bezüglich der Palliativpflege, der Patientenverfügung und der Begleitung am Lebensende.

Dieses Attest ist dem Antragsformular auf Gewährung von Urlaub zur Begleitung einer Person am Lebensende hinzuzufügen.

Ausstellungsdatum des Attestes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes