



MEDICAL CERTIFICATE

Auszufüllen von dem Patient/der Patientin:

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Mobil _____

Straße _____ Hausnummer _____

Wohnort _____ PLZ _____ E-Mail _____

Auszufüllen vom behandelnden Arzt:

Diagnose _____

Medikament(e) _____

Dosierung _____

Art der Verabreichung _____

Dauer der Einnahme (erstes Ausstellungsdatum) _____

Häufigkeit der Verabreichung _____

Hiermit wird bestätigt, dass der Patient/die Patientin die oben genannte Medikamente nicht für Bodybuildingzwecke oder für die Gewichtsabnahme einnimmt.

Das ärztliche Attest ist nach [§ 278 StGB](#) gültig.

Datum

Unterschrift Patient/Patientin

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes