

**Zur Vorlage beim Kleingarten-Versicherungsdienst - KVD
über den
Landesverband Rheinland-Pfalz der Kleingärtner**

Ärztliche Bescheinigung

Herr / Frau _____ geb. am _____

war wegen

in der Zeit von _____ bis _____

in meiner Behandlung.

Als Ursache der Erkrankung wird _____

_____ festgestellt / angegeben.

Während der Zeit vom _____ bis _____

war der/die Erkrankte erwerbsunfähig bzw. es bestand in dieser Zeit eine Erwerbsbeschränkung von
mehr als 25 Prozent.

_____, den _____

(Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes)