

Ärztliches Attest

für

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Nahrungsmittelunverträglichkeit

Allergien _____

Intoleranzen _____

Malabsorption _____

Datum: _____

Stempel

Unterschrift des Arztes