

An Frau/Herrn | To Ms/Mr _____

Bestätigung als Beilage zum Ansuchen auf Pflegefreistellung an der Uni Graz |

Confirmation as supplement to the application for care day leave at the University of Graz

Sehr geehrte/r Frau/Herr | Dear Ms/Mr _____,

hiermit wird bestätigt, dass Ihr:e _____ we hereby certify that your

Verwandtschaftsverhältnis | relationship

Name der Patientin/des Patienten | name of the patient

geb. am | born on _____

derzeit aus gesundheitlichen Gründen bei
sich zu Hause gepflegt und medizinisch
versorgt werden muss.

is in medical treatment and care on
grounds connected with her state of
health at her home address.

Wohnadresse der Patientin/des Patienten | home address of patient



Stempel/firmenmäßige Zeichnung des Krankenhauses/der Ärztin/des Arztes
Stamp/signature of the hospital/medical doctor

Mit freundlichen Grüßen | Best regards

Ort, Datum
Location, Date

Name und Funktion der/des Unterzeichnenden
Name and function of signer(s)

Unterschrift
Signature