
An: {{Der vollständige Name deines Arztes}}

Datum: {{Zeitstempel}}

Name des Patientin: {{Vorname}} {{Nachname}}, geb. am {{Geburtsdatum}}

Anfrage bzgl. ärztlicher Bescheinigung zwecks Cannabis-Behandlung,

Sehr geehrte(r) **{{Der vollständige Name deines Arztes}}**,

Sehr geehrte Damen und Herren,

da ich in Kürze eine alternative Therapie (Medizinisches Cannabis) beginnen möchte, benötige ich einen Nachweis meiner Diagnose. Wenn Sie nichts gegen die Therapie haben, seien Sie bitte so lieb und senden Sie mir den Nachweis (z.B. in Form eines Aktenauszugs, AU-Scheins oder des ausgefüllten Formulars anbei) direkt an mich als Scan/Foto per Email oder per Post an folgende Adresse:

Meine Email: **{{E-Mail-Adresse}}**

Meine Adresse: **{{Straße und Hausnummer}}, {{Postleitzahl}}** in **{{Stadt}}**

Vorab herzlichen Dank für Ihre Bemühungen!

Mit freundlichen Grüßen

{{Vorname}} {{Nachname}}

Patientendaten

Patient/in, Herr/Frau **{{Vorname}}** **{{Nachname}}**, geb. am **{{Geburtsdatum}}** ist aufgrund folgender Diagnosen und/oder Symptome in ärztlicher Behandlung:

Es sind folgende Therapieversuche (medikamentös und/oder nicht-medikamentös) erfolgt:

Sonstige relevante Informationen:

Unterschrift und Stempel des Arztes

Datum
