



HOCHBAHN

Postfach 10 27 20
20019 Hamburg

Abo-Kunden-Nr.: _____

Bescheinigung **Erklärung** **Attest**

Herr/Frau _____
Name Vorname geb. am

Anschrift

bettlägerig krank war: vom _____ bis _____

keine öffentlichen Verkehrsmittel
benutzen durfte: vom _____ bis _____

stationär im Krankenhaus behandelt wurde: vom _____ bis _____

Ort Datum

Stempel Unterschrift