

Ärztliches Attest

<künftiger Name>, geb. **.**.**** in *** (amtlich noch: <amtlicher Name>)

Sehr geehrte Damen und Herren,

unsere/r oben genannte Patient*in befindet sich seit <Monat/Jahr> bei mir in ambulanter *ärztlicher/psychotherapeutischen Behandlung/Betreuung*.

hiermit bestätige ich, dass bei o.g. Patienten eine Variante der Geschlechtsentwicklung vorliegt. Hierzu verweise ich auf die ausführlichen Ausführungen des Lesben- und Schwulenverbandes (LSVD) zur aktuellen Gesetzeslage (BT-Drs. 19/4669, S.11 unten, S.13/14). Demzufolge besteht keine Notwendigkeit für eine Diagnosebegründung. Des Weiteren ist die Einforderung einer Diagnosebegründung seitens des Standesamts unzulässig, da sie den Arzt dazu nötigt ärztliche Schweige- und Fürsorgepflicht zu verletzen wodurch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschüttert wird. Von weiteren Nachfragen bitten wir daher abzusehen.

Mit freundlichen Grüßen,

<Datum, Unterschrift Arzt und Stempel der Arztpraxis>