

CERTIFICATE OF DISCHARGE
Entlassungsschein

ALL ENTRIES WILL BE MADE IN BLOCK LATIN CAPITALS AND WILL BE MADE IN INK OR TYPE-SCRIPT.

I
PERSONAL PARTICULARS
Personalbeschreibung

Dieses Blatt muss in folgender weise ausgefüllt werden:
1. In lateinischer Druckschrift und in grossen Buchstaben.
2. Mit Tinte oder mit Schreibmaschine.

SURNAME OF HOLDER ISENBÜGEL DATE OF BIRTH 7. 5. 18
Familiennamen des Inhabers Geburtsdatum (DAY/MONTH/YEAR)
CHRISTIAN NAMES KARL PLACE OF BIRTH HUPPERT BÄRMEN
Vornamen des Inhabers Tag/Monat/Jahr
CIVIL OCCUPATION LABORANT FAMILY STATUS—SINGLE Ledig
Beruf oder Beschäftigung MARRIED Verheiratet
WIDOW(ER) Verwitwet
DIVORCED Geschieden
HOME ADDRESS Strasse VIEDERFELDST. NUMBER OF CHILDREN WHO ARE MINORS
Heimatanschrift Ort LEVERKUSEN-WIESEN Zahl der minderjährigen Kinder
Kreis RHEIN-WUPPERKR.
Regierungsbezirk/Land
DUSSELDORF

I HEREBY CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE PARTICULARS GIVEN ABOVE ARE TRUE.

Ich erkläre hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die obigen Angaben wahr sind. Ich bestätige ausserdem dass ich die "Anweisung für Soldaten und Angehörige Militär-ähnlicher Organisationen" u.s.w. (Kontrollblatt D.1) gelesen und verstanden habe.

I ALSO CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE "INSTRUCTIONS TO PERSONNEL ON DISCHARGE" (CONTROL FORM D.1).

SIGNATURE OF HOLDER Karl Isenbügel
Unterschrift des Inhabers

II
MEDICAL CERTIFICATE
Ärztlicher Befund

DISTINGUISHING MARKS
Besondere Kennzeichen
DISABILITY, WITH DESCRIPTION
Dienstunfähigkeit, mit Beschreibung
MEDICAL CATEGORY
Tauglichkeitsgrad

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE ABOVE PARTICULARS RELATING TO THE HOLDER ARE TRUE AND THAT HE IS NOT VERMINOUS OR SUFFERING FROM ANY INFECTIOUS OR CONTAGIOUS DISEASE.

Ich erkläre hiermit, nach bestem Wissen und Gewissen, dass die obigen Angaben wahr sind, dass der Inhaber ungezieferfrei ist und dass er keinerlei ansteckende oder übertragbare Krankheit hat.

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER
Unterschrift des Sanitätsoffiziers

Dr. Kurt Engelke

NAME AND RANK OF MEDICAL OFFICER
IN BLOCK LATIN CAPITALS
Zuname/Vorname/Dienstgrad des Sanitätsoffiziers
(In lateinischer Druckschrift und in grossen Buchstaben)

P.T.O.
Bitte wenden

† DELETE THAT WHICH IS INAPPLICABLE
Nichtzutreffendes durchstreichen

Antrag auf Kriegsgerangenen-
entschädigung entgegengenommen.
Leverkusen, den 24.9.54

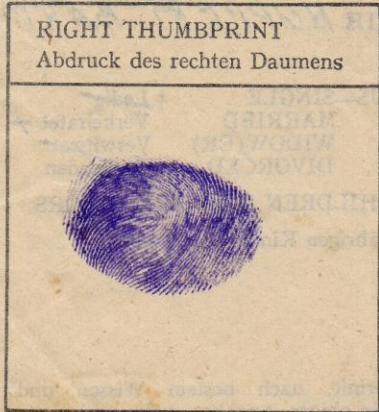
W. A.

III
PARTICULARS OF DISCHARGE
Entlassungsvermerk

W. A.
Arbeitsamt Dpladen
3.9.48
Brit.

THE PERSON TO WHOM THE ABOVE PARTICULARS REFER
Die Person auf die sich obige Angaben beziehen

WAS DISCHARGED ON (Date) FROM THE*
wurde am (Datum der Entlassung) 30 AUG 1948 von/von der*
L U I T W A F F E
entlassen



CERTIFIED BY
Beglaubigt durch

NAME, RANK AND
APPOINTMENT OF
ALLIED DISCHARGING
OFFICER IN
BLOCK CAPITALS



W. A.
W.P. CAHILL C.S.M.
DISCHARGE OFFICER



* INSERT "ARMY", "NAVY", "AIR FORCE", "VOLKSSTURM", OR PARA-MILITARY ORGANIZATION, e.g. "R.A.D.", "N.S.F.K.", ETC.
Wehrmachtteil oder Gliederung der die Einheit angehört, z.B. "Heer", "Kriegsmarine", "Luftwaffe", "Volkssturm", "Waffen SS", oder "R.A.D.", "N.S.F.K.", u.s.w.

40.- M.
Entlassungsgeld
gezahlt.

BRIT. PAY CONTROL
Cashier No. 4

einmalige Beihilfe in Höhe von 25.-- DM
von der Betreuungsstelle f.heimk.Kriegs-
gefangene Leverkus-en-am 2.9.48 erhalten.

W. A.
Ab 118.V.A. laut gemeldet
Kritm 3./9.48



(Antragstelle)
-1 SEP. 1948
Leverkusen

SCREENED BY
No. 1 P. W. T. C.
INIT.