

CERTIFICATE OF DISCHARGE
Entlassungsschein

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

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

I
PERSONAL PARTICULARS
Personalbeschreibung

EDLER VON
RENNENKAMPF

SURNAME OF HOLDER
Familiennamen des Inhabers

DATE OF BIRTH 17-8-1925
Geburtsdatum (DAY/ MONTH/ YEAR

CHRISTIAN NAMES Karl - Gustav
Vornamen des Inhabers

PLACE OF BIRTH Gross-Fabern
Geburtsort

CIVIL OCCUPATION Farmer
Beruf oder Beschäftigung

FAMILY STATUS SINGLE † Ledig
Familienstand ~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~
~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

HOME ADDRESS Strasse Allingerstr. 18
Heimatanschrift Ort Eichenau/Muenchen
Kreis Oberbayern
Regierungsbezirk/Land/.....
13b Oberbayern

NUMBER OF CHILDREN WHO ARE MINORS
Zahl der minderjährigen Kinder

I HEREBY CERTIFY THAT TO THE BEST OF
MY KNOWLEDGE AND BELIEF THE PARTI-
CULARS GIVEN ABOVE ARE TRUE.
I ALSO CERTIFY THAT I HAVE READ
AND UNDERSTOOD THE " INSTRUCTIONS TO
PERSONNEL ON DISCHARGE " (CONTROL
FORM D.1).

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. „Control“
und verstanden habe.

SIGNATURE OF HOLDER Karl-Gustav Rennenkampff
Unterschrift des Inhabers

II
MEDICAL CERTIFICATE
Ärztlicher Befund

DISTINGUISHING MARKS monocouvert
Besondere Kennzeichen

DISABILITY, WITH DESCRIPTION none
Dienstunfähigkeit, mit Beschreibung

MEDICAL CATEGORY no disability
Tauglichkeitsgrad

I CERTIFY THAT TO THE BEST OF MY KNOW-
LEDGE AND BELIEF THE ABOVE PARTI-
CULARS 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 übertragbar Krankheit hat.

SIGNATURE OF MEDICAL OFFICER G.H. Hanlon
Unterschrift des Sanitätsoffiziers

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

P.T.O.
Bitte wenden

† DELETE THAT WHICH IS INAPPLICABLE
Nichtzutreffendes durchstreichen

*Waldwiedehol
auf dem Feld in Heilbronn
Himmer*

III

PARTICULARS OF DISCHARGE
Entlassungsvermerk

PWTE C-3
HEILBRONN

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) vom/von der entlassen

RIGHT THUMBPRINT
Abdruck des rechten Daumen



CERTIFIED BY *C.J. Harris* OFFICIAL
Beglaubigt durch EMBOSED
NAME, RANK AND SEAL
APPOINTMENT OF *St. Col.*
ALLIED DISCHARGING Amtlicher
OFFICER IN Einprägestempel
BLOCK CAPITALS *L. P. F. G.*

* INSERT "ARMY," "NAVY," "AIR FORCE," "VOLKSSTURM," OR PARAMILITARY 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.

Entlassungsgeld in Höhe von *80,-* RM *Griffy*
bezahlt.

Ort HEILBRONN, den *8. 8.* 1945
Dienstgrad

St. Col.