

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

zur Vorlage beim Tages- und Pflegemutter e.V. Leonberg



Bewerber(-in)

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

Hiermit bescheinige ich, dass bei dem / der o.g. Bewerber/-in

Keine infektiösen chronischen Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Keine lebensbedrohlichen / schwerwiegenden Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Keine Suchtkrankheiten

Wenn ja, welche? _____

Keine neurologischen Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Keine psychischen Erkrankungen

Wenn ja, welche? _____

Keine Behinderungen

Wenn ja, welche? _____

die die Versorgungs- und Erziehungsfähigkeit für Kinder herabsetzen könnten, vorliegen.

Werden derzeit regelmäßig Medikamente verordnet, die die Geeignetheit als Tagespflegeperson beeinträchtigen?

Ja Nein

Aus medizinischer Sicht halte ich die Bewerberin / den Bewerber für die Aufnahme von Kindern zur Betreuung in Tagespflege für geeignet.

Ja Nein

Die o.g. Person ist Patient / Patientin meiner Praxis seit: _____

(Ort/Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes)