

Ärztliche Bescheinigung zur gesundheitlichen Eignung von Bewerbern, die ein Tagespflegekind aufnehmen möchten

Frau / Herr _____

wohnhaft _____

befindet sich seit _____ in meiner Behandlung

Medizinische Stellungnahme zu:

- Ansteckenden Krankheiten
- Gravierende akute oder chronische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- Hinweise auf psychische/psychiatrische Erkrankungen

Aus medizinischer Sicht bestehen

- keine Bedenken
 folgende Bedenken:

zur Aufnahme eines Tagespflegekindes.

Weitere Anmerkungen:

Ort, Datum

Behandelnder Arzt/Stempel