

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

für die Bewerbung zur Teilnahme am FREIWILLIGENDIENST in Tansania / Ostafrika

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Wie lange ist dem untersuchenden Arzt die Bewerberin / der Bewerber bekannt?

Die Bewerberin / der Bewerber leidet unter einer chronischen Erkrankung:

- ja
 nein

Mir sind psychische Erkrankungen bei der Bewerberin / dem Bewerber oder in seiner Familie bekannt.

- ja
 nein

Ich halte aus ärztlicher Sicht die Bewerberin / den Bewerber in physischer und psychischer Hinsicht für geeignet, ein Freiwilligendienst, d.h. eine Hilfstätigkeit im pflegerischen, hauswirtschaftlichen bzw. pädagogischen Bereich, zu leisten:

- uneingeschränkt geeignet
 bedingt geeignet

Falls bedingt geeignet, worauf ist besonders zu achten?

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin