Ärztliche Bescheinigung

für die Bewerbung zur Teilnahme an einem Freiwilligendienst im Ausland

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Wie lange ist Ihnen als untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt die Bewerberin/der Bewerber bekannt?

Leidet die Bewerberin/der Bewerber unter einer chronischen Erkrankung? ☐ja ☐ nein

Sind Ihnen psychische Erkrankungen bei der Bewerberin/dem Bewerber bekannt?
☐ ja ☐ nein

Sind Ihnen psychische Erkrankungen bei der Familie der Bewerberin/des Bewerbers bekannt?
☐ ja ☐ nein

Stellungnahme zu einem Auslandseinsatz der Bewerberin/des Bewerbers:
Ich halte die Bewerberin/den Bewerber in physischer und psychischer Hinsicht aus ärztlicher Sicht für geeignet, ein Freiwilligendienst im Ausland zu absolvieren:

☐ uneingeschränkt geeignet ☐ begrenzt geeignet* ☐ nicht geeignet

*Falls begrenzt geeignet, worauf ist besonders zu achten?

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes