

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Für die Teilnahme an einem Bildungs- und Integrationsaufenthalt in Bad Kissingen

Sehr geehrte Ärzt\*innen, Ihr\*e Patient\*in möchte an einem Bildungs- und Integrationsaufenthalt in Bad Kissingen teilnehmen. Es ist uns besonders wichtig für unsere Teilnehmer\*innen und Mitarbeiter\*innen einen reibungslosen Ablauf der o.g. Freizeit zu gewährleisten. Wir bitten Sie um genaue Angaben des gesundheitlichen Zustandes der/des Betroffenen. Außerdem ist es uns wichtig Ihre Kontaktdaten gut leserlich zu erhalten, um uns bei eventuellen Rückfragen an Sie wenden zu können.

in der Zeit von:

Herr/Frau:	geb. am:
------------	----------

PLZ/Wohnort:	Straße:
--------------	---------

befindet sich in meiner Behandlung und hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

1. Ist der/die Patient\*in

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| a) reisefähig?                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| b) gehfähig?                                     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| c) zu einer längeren Busfahrt fähig?             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| d) aus med. Gründen in der Gemeinschaft tragbar? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn nein, Begründung:

2. Wird ein Pflegedienst benötigt?  ja       nein

Wenn ja, für welche Unterstützung ?

3. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor?  ja       nein

4. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?  ja       nein

Wenn ja, Begründung:

5. Welche Erkrankung ist zu beachten:	
Psych.-neurol. Beeinträchtigung (z. B. Demenz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Herz _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes _____	
<input type="checkbox"/> Cholesterin _____	
<input type="checkbox"/> Leber/Galle _____	
<input type="checkbox"/> Magen/Darm _____	
<input type="checkbox"/> Nieren _____	
<input type="checkbox"/> Allergie _____	
<input type="checkbox"/> Sonst. Leiden _____	
<i>* Zutreffendes bitte ankreuzen</i>	

6. Besteht zurzeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

7. Ist eine Diät erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------------	---

8. Sonstige zu beachtende Hinweise:

Ich bestätige hiermit, dass ich o.g. Patient*in am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe. Gegen eine Teilnahme an einem Bildungs- und Integrationsaufenthalt in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.	
Ort und Datum	Stempel und Unterschrift der/des Arzt*in

Hinweis über den Datenschutz: Die Daten dieser Bescheinigung werden ausschließlich unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen verwendet.