

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?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
------------------------------------	--------------------------	----	--------------------------	------

Wenn ja, für welche Unterstützung?

3. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
--	--------------------------	----	--------------------------	------

4. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	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.