

Ärztliche Bescheinigung

Behandelnder Arzt:

Adresse:

Telefonnummer:

Hiermit wird bestätigt, dass sich

Frau/Herr

Geburtsdatum

Adresse:

in meiner hausärztlichen Behandlung befindet.

Bei Herrn/Frau _____ bestehen

- **chronische Erkrankungen:** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

- **chronische ansteckende Krankheiten:** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

- **psychische Erkrankungen:** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

- **Suchterkrankungen:** ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Hiermit wird bestätigt, dass Herr/Frau _____

psychisch und physisch in der Lage ist, Tageskinder zu betreuen.

Er/Sie scheint aus ärztlicher Sicht ☐ **geeignet** ☐ **nicht geeignet** als Tagespflegeperson tätig zu sein.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel