

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung



zur Vorlage beim TaPS (Tagesmütter/Tagesväter-Pflegekinder-Service) e.V.

Bewerber(-in):

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Adresse)

Hiermit bescheinige ich, dass bei dem/der o.g. Bewerber/-in

- keine infektiösen chronischen Erkrankungen
- wenn ja, welche? _____

- keine lebensbedrohlichen / schwerwiegenden Erkrankungen
- wenn ja, welche? _____

- keine Suchtkrankheiten
- wenn ja, welche? _____

- keine neurologischen Erkrankungen
- wenn ja, welche? _____

- keine psychischen Erkrankungen,
- wenn ja, welche? _____

- keine Behinderungen
- wenn ja, welche? _____

die die Versorgungs- und Erziehungsfähigkeit für Kinder herabsetzen könnten, vorliegen.

Werden derzeit regelmäßig Medikamente verordnet, die die Geeignetheit als Tagespflegeperson beeinträchtigen?

Ja Nein

Aus medizinischer Sicht halte ich die Bewerberin/ den Bewerber für die Aufnahme von Kindern zur Betreuung in Tagespflege für geeignet.

Ja Nein

Die o.g. Person ist Patient / Patientin meiner Praxis seit: _____

(Ort/Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes)