

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?

ja

nein

b) gehfähig?

ja

nein

c) zu einer längeren Busfahrt fähig?

ja

nein

d) aus med. Gründen in der
Gemeinschaft tragbar?

ja

nein

Wenn nein, Begründung:

2. Wird ein Pflegedienst benötigt?

ja

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 _____		
* Zutreffendes bitte ankreuzen		

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

7. War der/die o.g. Patient*in in den letzten 6 Monaten an COVID-19 erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?		

8. Wurde der/die o.g. Patient*in gegen COVID-19 geimpft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann war die zweite Impfung?		

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

10. Sonstige zu beachtende Hinweise:

<p>Ich bestätige hiermit, dass ich o.g. Patient*in am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe.</p> <p>Gegen eine Teilnahme an einem Bildungs- und Integrationsaufenthalt in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.</p>	
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.