

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

| <b>ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG</b>  |          |
|---|----------|
| Für die Teilnahme an einer Integrations- und Bildungsfreizeit in Bad Kissingen                |          |
| in der Zeit von:  |          |
| Herr/Frau:  | geb. am: |
| PLZ/Wohnort:  | Straße:  |
| befindet sich in meiner Behandlung und hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden. |          |

| <b>1. Ist der Patient</b>                        |   |
|--|---|
| 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:                           |   |

| <b>2. Wird ein Pflegedienst benötigt?</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|---|
| Wenn ja, für welche Unterstützung ?       |   |

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

| <b>4. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|---|
| Wenn ja, Begründung:                                       |   |

**5. Welche Erkrankung ist zu beachten:**

Psych.-neurol. Beeinträchtigung (z. B. Demenz)  ja  nein

Herz \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Cholesterin \_\_\_\_\_

Leber/Galle \_\_\_\_\_

Magen/Darm \_\_\_\_\_

Nieren \_\_\_\_\_

Allergie \_\_\_\_\_

Sonst. Leiden \_\_\_\_\_

**\* Zutreffendes bitte ankreuzen**

**6. Besteht zurzeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung?**

ja  nein

**7. Ist eine Diät erforderlich?**

ja  nein

**8. Sonstige zu beachtende Hinweise:**

**Ich bestätige hiermit, dass ich o.g. Patienten am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe.**

**Gegen eine Teilnahme an einer Intergrations- und Bildungsfreizeit in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes