



## Ärztliche Bescheinigung

für die Bewerbung zur Teilnahme an einem Freiwilligendienst im Ausland

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Wohnort:

Wie lange ist Ihnen als untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt die Bewerberin/der Bewerber bekannt?

Leidet die Bewerberin/der Bewerber unter einer chronischen Erkrankung?  ja  nein

Sind Ihnen psychische Erkrankungen bei der Bewerberin/dem Bewerber bekannt?  ja  nein

Sind Ihnen psychische Erkrankungen bei der Familie der Bewerberin/des Bewerbers bekannt?  ja  nein

### **Stellungnahme zu einem Auslandseinsatz der Bewerberin/des Bewerbers:**

Ich halte die Bewerberin/den Bewerber in physischer und psychischer Hinsicht aus ärztlicher Sicht für geeignet, ein Freiwilligendienst im Ausland zu absolvieren:

uneingeschränkt geeignet  begrenzt geeignet\*  nicht geeignet

\*Falls begrenzt geeignet, worauf ist besonders zu achten?

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes