



**Medizinische Stellungnahme zur gesundheitlichen Eignung von
Bewerbern, die ein Tagespflegekind aufnehmen möchten**

Frau/Herr _____

Wohnhaft _____

Befindet sich seit _____ Jahren in meiner Behandlung

Medizinische Stellungnahme zu:

- Ansteckenden Krankheiten
- Gravierende chronische Erkrankungen
- Suchterkrankungen
- Lebensverkürzende Erkrankungen
- Behinderungen
- Hinweise auf psychische/psychiatrische Erkrankungen

Aus medizinischer Sicht bestehen

keine Bedenken

folgende Bedenken:

zur Aufnahme eines Tagespflegekindes.

Weitere Anmerkungen:

 Ort, Datum

 Behandelnder Arzt/Stempel

