



## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Doktor,

als diejenige Institution, die für die Ferienverschickungen verantwortlich zeichnet, wenden wir uns an Sie mit der eindringlichen Bitte, das Kind/den Jugendlichen persönlich und gründlich zu untersuchen.

Wir bitten Sie höflichst darum, uns alle relevanten Einzelheiten des Krankenberichts, falls vorhanden, mitzuteilen. Dies gilt vor allem in Bezug auf die im letzten/diesem Jahr durchgeführten Operationen, bestehende Allergien, akute oder chronische Krankheiten, sowie die notwendige Medikamenteneinnahme.

Für Ihre Hilfe danken wir Ihnen.

Vorname und Name des Kindes/des Jugendlichen:

\_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

### **Ärztliches Untersuchungsergebnis:**

#### **I. Bisherige Krankheiten:**

Windpocken	Ja: _____	Nein: _____
Masern	Ja: _____	Nein: _____
Scharlach	Ja: _____	Nein: _____
Diphtherie	Ja: _____	Nein: _____
Keuchhusten	Ja: _____	Nein: _____
Polymyelitis	Ja: _____	Nein: _____
Mononukleose	Ja: _____	Nein: _____

**Weitere ansteckende Krankheiten:**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**II. Operationen und schwere Verletzungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III. Das Kind/der Jugendliche leidet an:**

- |                     |           |             |
|---------------------|-----------|-------------|
| • Hämophilie        | Ja: _____ | Nein: _____ |
| • Anfallsleiden     | Ja: _____ | Nein: _____ |
| • Diabetes Mellitus | Ja: _____ | Nein: _____ |
| • Asthma/Bronchitis | Ja: _____ | Nein: _____ |

**IV. Hat das Kind/der Jugendliche Allergien/Unverträglichkeiten?**

Ja:       Nein:

Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**V. Chronische und/oder immer wieder auftretende Krankheiten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VI. Falls notwendig, Diät- oder Pflegehinweise:**

---

---

---

**VII. Sind nervliche bzw. psychische Störungen bekannt?**

Ja:                       Nein:

Wenn ja, welche?

---

---

---

**VIII. Bitte listen Sie vorangegangene Impfungen mit jeweiligem Datum auf:**

---

---

---

---

Datum der letzten Tetanusimpfung:

---

Wurde das Kind/der Jugendliche mit FSME geimpft?

ja:

Nein:

Wenn ja, bitte das Datum angeben:

---

**IX. Befindet sich das Kind/der Jugendliche zurzeit in medizinischer Behandlung?**

Ja:

Nein:

Falls ja, um welche Erkrankungen handelt es sich?

---

---

---

**X. Nimmt das Kind/der Jugendliche zurzeit Medikamente?**

Ja:

Nein:

Falls ja, welche?

**Name des Medikaments**

**Dosierung**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besondere Wünsche/Verbote:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich habe die hier beschriebene Person persönlich untersucht und deren Krankheitsgeschichte überprüft. Ich bin der Meinung, dass das Kind/der Jugendliche physisch und psychisch in der Lage ist, an den Aktivitäten im Rahmen des Ferienlagers in \_\_\_\_\_ teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des  
behandelnden Arztes