



**Ärztliche Stellungnahme des Hausarztes
zur Vorlage beim Familienservice Wolfsburg e.V.**
(Für Bewerbung im Bereich „Kinderbetreuung“)

Name: _____ **Vorname:** _____

wohnhaft in: _____

geb. am: _____

1. Allgemeiner Gesundheitszustand: _____

2. Belastbarkeit: _____

3. Ansteckende Dauererkrankung: _____

4. Suchtabhängigkeiten innerhalb der letzten 5 Jahre: _____

5. Chronische Erkrankungen (auch ruhende oder abgeschlossene):

6. Körperliche, geistige o. seelische Einschränkungen/Behinderungen:

Die o.g. Person kann ein Kind von 0-3 Jahren (ca. 10-15 kg) ohne Einschränkungen heben.

ja

nein

Die Betreuung von Kindern kann aus medizinischer Sicht

erfolgen

nicht erfolgen

Es ist auf Folgendes Rücksicht zu nehmen:

Ort/Datum

(Stempel/Unterschrift des Arztes/ der Ärztin)

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen und dass ich keine wichtigen Angaben verschwiegen habe. Ich verpflichte mich ausdrücklich, alle wesentlichen Änderungen hierzu unaufgefordert dem Familienservice mitzuteilen, sobald sie mir bekannt geworden sind.

Wolfsburg, _____

(Unterschrift d. Bewerbers/in)