

ZENTRALWOHLFAHRTSSTELLE DER JUDEN IN DEUTSCHLAND E.V.

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