

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

FÜR DIE TEILNAHME AN EINER **AKTIV-FREIZEIT** FÜR SENIOREN IN BAD KISSINGEN

in der Zeit von:

Herr/Frau _____ geb. am: _____

PLZ/Wohnort: _____ Straße: _____

befindet sich in meiner Behandlung und hat mich von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden.

1. Ist der Patient:

- a) reisefähig? ja nein
- b) gehfähig? ja nein
- c) zu einer längeren Busfahrt fähig? ja nein
- d) aus med. Gründen in der Gemeinschaft tragbar? ja nein

Wenn nein, Begründung: _____

- e) während des Erholungsaufenthaltes auf ständige ärztliche Betreuung angewiesen?

ja nein

2. Ist eine ständige Medikamentierung erforderlich?

ja nein

Wenn ja, Begründung: _____

3. Ist eine Diät erforderlich?

ja nein

- a) Diabetes
- b) Cholesterin
- c) Leber/Galle:
- d) Magen/Darm:

4. Liegt eine Stuhl- oder Urininkontinenz vor?

ja nein

5. Besteht zur Zeit eine akute, bzw. infektiöse Erkrankung?

ja nein

6. Sonstige zu beachtende Hinweise:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Ich bestätige hiermit, daß ich o.g. Patienten am heutigen Tage gesehen und persönlich untersucht habe.
Gegen eine Teilnahme an einer Senioren-Aktiv-Freizeit in Bad Kissingen bestehen ärztlicherseits keine Bedenken.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes