

Ärztliches Attest zum Zweck der Aufnahme von Tagespflegekindern

Name, Vorname	Geburtsdatum
als Patientin/Patient bekannt seit (Datum)	

Die o. g. Person wurde heute von mir untersucht.

Die Ergebnisse der Untersuchung:

Die Patientin/Der Patient ist zurzeit erkrankt an:	Ja	Nein
ansteckenden Krankheiten und Anfallsleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
akut schwerer/lebensbedrohlicher und/oder nachweisbar lebensverkürzender Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweisen auf eine bestehende Suchterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
akuter/chronischer Erkrankung und psychischer/psychiatrischer Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschätzungen der Ärztin/des Arztes Differenzierung bei Vorliegen von Erkrankungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes