

## Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme eines Pflegekindes

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Geb.Datum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Hiermit bestätige ich, dass die/der oben genannte Patient/in frei ist von ansteckenden Krankheiten, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen.  
Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken gegen die Aufnahme und Betreuung von Pflegekindern.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)

## Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme eines Pflegekindes

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Geb.Datum)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift)

Hiermit bestätige ich, dass die/der oben genannte Patient/in frei ist von ansteckenden Krankheiten, psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen.  
Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken gegen die Aufnahme und Betreuung von Pflegekindern.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel und Unterschrift des Arztes)