

## Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim Amt für Kinder, Jugend und Familie der Stadt Sankt Augustin

Mir ist bekannt, dass mein\*e Patient\*in bereit ist, eine Vormundschaft für ein minderjähriges Kind, das im Rahmen der Jugendhilfe betreut wird, zu übernehmen.

Frau/Herr:

\_\_\_\_\_  
Name/Vorname und Geburtsdatum

Ist mir als Patient\*in seit \_\_\_\_\_ bekannt und wurde heute von mir untersucht.

Ergebnisse der Untersuchung:

Es gibt bei der/dem Patienten Hinweise auf:	Ja	Nein
Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akute/chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestandene und bestehende Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relevante psychische/psychiatrische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen und Ergänzungen des Arztes beim Vorliegen von Erkrankungen/Störungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Einschätzung:

- Die von mir vorliegenden Befunde stehen der Übernahme einer ehrenamtlichen Vormundschaft aus ärztlicher Sicht nicht entgegen
- Es bestehen keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die Ausübung dieses Ehrenamtes ausschließen würden
- Aus ärztlicher Sicht kann ich **keine** Unbedenklichkeitserklärung abgeben. Von mir werden folgende Bedenken erhoben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel