

FREIWILLIGES SOZIALES JAHR / DIAKONISCHES JAHR
Diakonisches Werk Baden
Vorholzstraße 3-5, 76137 Karlsruhe

Frau/Herr

Straße

Geburtsdatum

PLZ/Wohnort

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

für über 18-Jährige

für die Bewerbung zur Teilnahme am

FREIWILLIGEN SOZIALEN JAHR / DIAKONISCHEN JAHR

Ich halte aus ärztlicher Sicht die Bewerberin / den Bewerber in physischer und psychischer Hinsicht für geeignet, ein DIAKONISCHES JAHR, d.h. eine Hilfstätigkeit im pflegerischen bzw. pädagogischen Bereich zu leisten.

Uneingeschränkt geeignet: _____

bedingt geeignet: _____

Falls bedingt geeignet, worauf ist besonders zu achten?

Wie lange ist dem untersuchenden Arzt die Bewerberin / der Bewerber bekannt?

Ort / Datum

Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes