

Das DIAKONISCHE JAHR / FSJ
Diakonisches Werk in Baden
Vorholzstrasse. 3, 76137 Karlsruhe

Frau/Herr.....

Straße.....

Geburtsdatum:

PLZ/Wohnort.....

.....

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

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/
der behandelnden Ärztin