



STADT
LUDWIGSHAFEN
AM RHEIN

Stadtverwaltung, Postfach 21 12 25, 67012 Ludwigshafen

An den Hausarzt

Dezernat: Kultur, Schulen, Jugend und Familie
Bereich: LuZiE
Ludwigshafener Zentrum für
individuelle Erziehungshilfen
Kärntner Str. 21 a
Frau Nagel

Verwaltungsgebäude:

Telefon: 0621/504- 3985
Zentrale: 0621/504- 0
Telefax: 0621/504- 3707
Internet: www.ludwigshafen.de
e-mail: gisela.nagel@ludwigshafen.de

Ihre Zeichen

Ihre Nachricht

Unser Zeichen
3-1741 F. Nagel 3985

Ludwigshafen am Rhein,
23.10.08

Ärztliche Auskunft über Pflegeelternbewerber

Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

Personen, die ein Pflegekind aufnehmen wollen, sollten frei von Krankheiten sein die das Wohl des aufzunehmenden Kindes gefährden könnten.

Wir bitten Sie deshalb mit Zustimmung der Familie um Ihre ärztliche Einschätzung, ob in der Familie gesundheitliche Beeinträchtigungen vorhanden sind, insbesondere

- ansteckende Krankheiten
- Krankheiten, die lebensverkürzend sein könnten
- Suchtkrankheiten
- Krankheiten und körperliche oder psychische Behinderungen

die möglicherweise die Betreuung und Versorgung eines Pflegekindes beeinträchtigen.

Sie sollten bestätigen können, dass die Bewerber/Bewerberinnen aus ärztlicher Sicht in der Lage sind, die Versorgung und Betreuung eines Kindes sicher zu stellen.

Wir bedanken uns für Ihre Auskunft.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Pflegekinderdienst beim
Ludwigshafener Zentrum für individuelle Erziehungshilfen

Bankverbindungen:

Stadtparkasse 166 (BLZ 545 500 10)
Landeszentralbank 54 501 700 (BLZ 545 000 00)
Postbank 6 90-671 (BLZ 545 100 67)

SEB 1 007 359 300 (BLZ 670 101 11)
Hypo Vereinsbank 813 028 (BLZ 545 201 94)
Castell-Bank 03 001 818 (BLZ 545 300 01)

Commerzbank 200 320 000 (BLZ 545 400 33)
Deutsche Bank 02/64 101 (BLZ 545 700 94)
Dresdner Bank 102 282 900 (BLZ 545 800 20)

Kreissparkasse 7 005 (BLZ 545 501 20)
VR BANK EG Ludwigshafen 21 504 (BLZ 545 603 20)

Ärztliche Gesundheitsauskunft für:

Familienname:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
PLZ, Wohnort:	
Straße, Haus Nr.:	
Name des Arztes:	

Ist die vorstehende genannte Person frei von ansteckenden oder chronischen Krankheiten?

Ja

Nein

Befund:

Sind chronische Krankheiten bekannt?

Ja

Nein

Befund:

Erkrankungen neurotischer oder psychischer Art?

Ja

Nein

Befund:

Suchterkrankungen (z.B. Alkohol, Drogen, Tabak ...)?

Ja

Nein

Befund:

Sind weitere Erkrankungen bekannt?

Ja

Nein

Befund:

Aus ärztlicher Sicht bestehen hinsichtlich der Eignung als Pflegemutter / Pflegevater.

Keine Bedenken

Folgende Bedenken:

Anmerkungen:

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes