



Landratsamt Kronach
Sachgebiet 22
Betreuungsstelle
Güterstraße 18
96317 Kronach

**Ärztliche Stellungnahme bezüglich der gesundheitlichen Eignung für die
Tätigkeit als Berufsbetreuerin/Berufsbetreuer**

für

Name, Vorname	_____
Geboren am:	_____
Anschrift	_____ _____

Aufgrund der ärztlichen Untersuchung wird hiermit ärztlicherseits bestätigt, dass bei der o.g. Person

- **keine Suchmittelabhängigkeit**
- **keine ansteckenden Krankheiten**
- **keine psychischen Erkrankungen**
- **keine sonstigen Krankheiten bzw. Störungen**

vorliegen, durch welche die Eignung als Berufsbetreuer/Berufsbetreuerin für Volljährige wesentlich herabgesetzt wird.

Anmerkungen:

.....
.....
.....

Ort, Datum

Unterschriftsfeld