***Persönlich/Vertraulich***

Das Formular **kann** nach erfolgter Untersuchung **vom/ von der Freiwilligen** bei der folgenden Entsendeorganisation eingereicht werden:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Nachsorge-Bescheinigung für Freiwillige im Programm „weltwärts“** (nach Rückkehr)

**Angaben zum/zur Freiwilligen**

Familienname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Privatanschrift: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Anlass: Ausland (Klima, Infektion, besondere Gesundheitsrisiken)**

Einsatzland: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Einsatzdauer:  **von:** Datum (TTMMJJJJ) **bis:** Datum (TTMMJJJJ)

Art der Untersuchung: Wählen Sie ein Element aus.

*(von der Entsendeorganisation auszufüllen)*

*(von der/dem behandelnden Ärztin/ Arzt auszufüllen)*

Datum der Untersuchung und Beratung: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

**Ergebnis**:

☐ Der Einsatz hat zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Gesundheitsstörung hinterlassen

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

☐ Der Einsatz hat zum Zeitpunkt der Untersuchung keine erkennbare Gesundheitsstörung hinterlassen.

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

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

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.