***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.

**Untersuchungs-Bescheinigung für Freiwillige im Programm „weltwärts“**

(vor Ausreise)

**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.

Art der Untersuchung: Wählen Sie ein Element aus.

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

*(von der Entsendeorganisation auszufüllen)*

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

Datum der Vorsorge: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Ergebnis:

☐ Ein Einsatz des/der Freiwilligen ist basierend auf den Ergebnissen der oben benannten Untersuchung möglich.

☐ Ein Einsatz des/der Freiwilligen ist mit folgenden Einschränkungen möglich:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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

☐ Ein Einsatz des/der Freiwilligen wird nicht empfohlen.

☐ Der/die Freiwillige wurde über das Ergebnis der Untersuchung informiert.

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

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

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.