

## Ärztliche Bescheinigung

zur Beantragung der Pflegeurlaubnis gemäß § 43 Sozialgesetzbuch VIII  
für die Kindertagespflege

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

ist seit \_\_\_\_\_ Patientin/Patient in meiner Praxis.

Die Patientin/der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten. Es gibt keinen Anhalt für eine psychische Erkrankung, insbesondere finden sich keine Anzeichen einer Suchterkrankung.

Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken gegen die Tätigkeit als Tagespflegeperson.

---

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes + Stempel

---

**Dienstgebäude:**

Familienbüro  
Zum Niederntor 18  
31832 Springe

**Öffnungszeiten Familienbüro:**

Montag 9.00-12.00 Uhr  
Dienstag 13.00 – 17.00 Uhr  
Mittwoch geschlossen  
Donnerstag 13.00 – 17.00 Uhr  
Freitag 9.00-12.00 Uhr

Tel. 05041 – 64 99 839  
Fax 05041 – 64 99 821  
Mail familienbuero@springede  
Web www.springe.de