

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

### Medical Certificate

### Certificado Médico

für die Bewerbung zur Teilnahme an einem Freiwilligendienst im Ausland  
for the application for the participation in a voluntary service abroad  
para la solicitud de participación en un servicio voluntario en el extranjero

Name/  
Name/  
Nombre: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/  
Date of birth/  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer/  
Street & number/  
Calle & número de casa: \_\_\_\_\_

PLZ & Wohnort/  
Postal code & town/  
Código postal & domicilio: \_\_\_\_\_

1. Seit wann ist Ihnen als untersuchende Ärztin/untersuchender Arzt die Patientin/der Patient bekannt?  
Since when do you know the patient as her/his doctor?  
¿Hace cuánto tiempo que conoce al paciente como su médico?

\_\_\_\_\_

2. Sind Ihnen physische und/oder psychische Erkrankungen bei der Patientin/dem Patienten bekannt?  
Do you know of any physical and/or psychological diseases the patient may have?  
¿Conoce alguna enfermedad física y/o psicológica que el paciente pueda tener?  
 ja/yes/sí                       nein/no/no  
Bitte erläutern/ Please explain/ Por favor explique:

\_\_\_\_\_

3. Leidet die Patientin/der Patient unter einer chronischen Erkrankung?  
Does the patient have a chronic disease?  
¿Tiene el paciente alguna enfermedad crónica?  
 ja/yes/sí                       nein/no/no

Bitte erläutern/ Please explain/ Por favor explique:

---

4. Nach eingehender medizinischer Untersuchung halte ich die Patientin/den Patienten in physischer und psychischer Hinsicht aus ärztlicher Sicht für geeignet, einen Freiwilligendienst in \_\_\_\_\_ zu absolvieren.

Following his/her medical examination, I hereby confirm that he/she does not suffer from any serious physical or psychological medical condition and is therefore able to perform in an international voluntary service in \_\_\_\_\_.

Después de un minucioso examen médico, considero que la/el paciente no sufre de ninguna condición física o psicológica grave y por lo tanto puede participar en un servicio voluntario internacional en \_\_\_\_\_.

uneingeschränkt geeignet / unconditionally suitable / incondicionalmente adecuado

nicht geeignet / not suitable / no adecuado

begrenzt geeignet\* / restrictedly suitable\* / restrictamente adecuado\*

\*Bitte nennen Sie Details./ \*Please give details./ \*Por favor indique detalles.

---

---

**Ort/Datum, Stempel und Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/ Arztes**  
**Place/date, seal and signature of the examining doctor**  
**Lugar/fecha, sello y firma del médico examinador**

---

Für Informationen zur Nutzung und Weiterverwendung der hier erhobenen personenbezogenen Daten, besuchen Sie bitte unsere Website <https://kultur-life.de/impressum-datenschutzerklaerung/>.

For information concerning the use of the collected personal data, please visit our website <https://kultur-life.de/impressum-datenschutzerklaerung/>.

Para obtener informaciones sobre el uso de los datos personales recogidas aquí, visite nuestro página web <https://kultur-life.de/impressum-datenschutzerklaerung/>.

For information in English please contact KulturLife directly.

Para informaciones en español por favor póngase en contacto con KulturLife.