

# Ärztliche Stellungnahme zur Einschätzung der Teilnahme am ÖPNV

Auszufüllen vom Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst oder Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ)

**Angaben zum Schüler:**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

**Angaben zur besuchten Schule:**

Schule:	
Klasse:	
Schuljahr:	

**Diagnosen:**

--

**Unfähigkeit zur Teilnahme am ÖPNV wegen:**

<input type="checkbox"/>	Orientierungslosigkeit
<input type="checkbox"/>	Fremdgefährdung
<input type="checkbox"/>	Eigengefährdung
<input type="checkbox"/>	Hilflosigkeit
<input type="checkbox"/>	Sonstiges (Erklärung):

**Hiermit wird ärztlich festgestellt, dass**

<input type="checkbox"/>	O.g. Kind nicht am ÖPNV teilnehmen darf
<input type="checkbox"/>	Aus ärztlicher Sicht keine Einwände gegen die Teilnahme am ÖPNV vorliegen

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel Arzt: \_\_\_\_\_