

# Ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung

Stempel der Arztpraxis



Frau /Herr .....

geboren am .....

in .....

ist von mir untersucht worden.

Hiermit bescheinige ich, dass aktuell keine medizinischen Gründe gegen die Ausübung des Berufs

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer

vorliegen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Ärztin/Arzt