

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