

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr*

geboren am in

zur Ausübung des Berufs

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in* (gemäß § 5 KrPflG)
- Hebamme/Entbindungspfleger* (gemäß § 7 HebG)
- Notfallsanitäter/in* (gemäß § 8 NotSanG)
- Physiotherapeut/in* (gemäß § 10 MPhG)

in gesundheitlicher Hinsicht nicht ungeeignet/geeignet* ist.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin