

# Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass

*Frau/Herr\** .....

geboren am ..... in .....

zur Ausübung des Berufs

- Pflegefachfrau/-mann\** (gemäß § 11 Abs. 2 PflBG)
- Hebamme* (gemäß § 10 HebG)
- Notfallsanitäter/in\** (gemäß § 8 NotSanG)
- Physiotherapeut/in\** (gemäß § 10 MPhG)
- Ergotherapeut/in\** (gemäß § 2 ErgThG)

in gesundheitlicher Hinsicht *geeignet/ungeeignet\** ist.

Bemerkungen:

.....  
Ort, Datum

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

.....  
*\*Nichtzutreffendes bitte streichen*