

# 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