

Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr geboren am

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

Altenpflegerin/Altenpfleger

Altenpflegehelferin/Altenpflegehelfer

geeignet*.

* Bei Nichteignung bzw. eingeschränkter Eignung bitte streichen und Begründung angeben:

.....
.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes