

Ärztliches Attest

Frau/Herr

geboren am

in

Ist heute von mir untersucht worden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/in | <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger | <input type="checkbox"/> Med. technische Assistent/in |
| <input type="checkbox"/> Orthoptistin | <input type="checkbox"/> |

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Probanden durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel oder Siegel