
(Name, Anschrift der attestierenden Ärztin /des attestierenden Arztes)

Ärztliche Bescheinigung

Frau

Herr

_____ geb. am _____
Nachname, Vorname,

wurde am _____ von mir untersucht.

Sie/Er ist nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als **Pflegfachfrau/Pflegfachmann** unfähig oder ungeeignet.

(Datum, Unterschrift der attestierenden Ärztin /des attestierenden Arztes)

(Stempel der attestierenden Ärztin /des attestierenden Arztes)