

Ärztliches Attest

Frau / Herr

| | |
|-----------------------|--------------------------------|
| _____ Nachname | _____ Vorname |
| _____ Straße | _____ Postleitzahl, Wohnort |
| _____ Geburtsdatum | _____ Geburtsort |

ist in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht, zur ordnungsgemäßen Ausübung des angestrebten Berufs als

- Altenpflegerin / Altenpfleger**
- Pflegefachfrau / Pflegefachmann**
- Pflegefachhelferin / Pflegefachhelfer**

geeignet.

Ferner bestätige ich, dass keine Hinweise auf ansteckende Krankheiten oder Suchterkrankungen bestehen.

Unterschrift / Stempel

Datum