

- Berufsfachschule Altenpflege
- Fachschule Heilerziehungspflege
- Berufsfachschule Pflegeassistenz

Gesundheitszeugnis

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Die Obengenannte/der Obengenannte ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Anhaltspunkte dafür, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung
des Berufes als

- * Altenpfleger/in
- * Heilerziehungspfleger/in
- * Pflegeassistent/in

* Zutreffendes bitte ankreuzen.

ungeeignet ist, liegen nicht vor.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel