

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

geboren am _____

wohnhaft in _____

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

Pflegefachfrau (B.Sc.)/ Pflegefachmann (B.Sc.)/ Pflegefachperson (B.Sc.)

ungeeignet ist.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift