

# Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bestätigt, dass Herr / Frau

\_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_ in

\_\_\_\_\_

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

\_\_\_\_\_

(Pflegefachfrau/Pflegefachmann/Pflegefachperson)

ungeeignet ist.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift