

## Ärztliche Bescheinigung

gem. der Ordnung über die Ausbildung in der Altenpflege

(Diese Bescheinigung darf zu Beginn der Ausbildung nicht älter als 3 Monate sein.)

---

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Wohnort

wurde von mir heute ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der/die oben Genannte wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen und körperlichen Kräfte, wegen einer Suchtkrankheit oder aus anderen Gründen zur Ausübung des Berufs

## Kranken- und Altenpflegehelfer/-in

unfähig oder ungeeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Untersuchungsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes