

Ärztliche Feststellung der gesundheitlichen Eignung

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,

laut gesetzlichen Vorgaben ist die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des angestrebten Berufs Voraussetzung für die Zulassung einer Bewerberin/eines Bewerbers zur Ausbildung. Bitte händigen Sie das ausgefüllte Formular der Bewerberin bzw. dem Bewerber aus. Vielen herzlichen Dank!!!

Ärztliche Bescheinigung für

Frau/Herr _____ (Vorname Nachname)

Geboren am _____ in _____

Aus ärztlicher Sicht wird festgestellt, dass die oben genannte Person für die Ausübung eines Gesundheitsfachberufs (Pflegefachmann/frau, Plegefachhelfer/in, Medizinische/r Fachangestellte/r, Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r, Operations- oder Anästhesietechnische/r Assistent/in, Medizinisch-Technische/r Radiologieassistent/in, Medizinisch-Technischer/r Laborassistent/in usw.)

nicht ungeeignet ist*

ungeeignet ist*

*Bitte machen Sie **mindestens** eine Angabe zur gesundheitlichen Eignung (auch wenn keine Impfnachweise vorliegen). Vielen Dank!

Impfschutz/Immunitätsnachweis **Masern** liegt vor

liegt nicht vor

Ort und Datum der Feststellung, Unterschrift Arzt/Ärztin

Praxisstempel