Stempel

.............................................,den

**Ärztliches Attest**

Frau/Herr..............................................................................

geb. am......................................in.......................................

ist von mir untersucht worden. Hiermit bescheinige ich ihre/seine körperliche und psychische Eignung zur Ausübung des Berufs einer Gesundheits- und Krankenpflegerin/eines Gesundheits- und Krankenpflegers.

Bemerkungen:

Unterschrift des Arztes