

Ärztliches Attest

Frau/Herr: _____
(Vor-, Nachname)

geboren am: _____
(tt.mm.jjjj)

wohnhaft: _____
(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Stadt)

ist in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht, zur ordnungsgemäßen
Ausübung des angestrebten Berufes als

“staatlich anerkannte/r Altenpflegerin/Altenpfleger”

geeignet.

Ferner bestätige ich, dass keine Hinweise auf ansteckende Krankheiten bestehen.

Stempel
der Arztpraxis

Ort, Datum

Unterschrift des bescheinigenden Arztes