

Nachweis

gem. § 53 Absatz 2 der Schulordnung Berufsfachschule – BFSO
vom 13. August 2014 über die gesundheitliche Eignung zur
Ausübung des Berufes als Staatlich geprüfte/r Krankenpflege-
helfer/in

Frau/Herr (Nichtzutreffendes bitte streichen) _____
Name, Vorname

geboren am _____ in _____

ist von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass er/sie die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs
als Staatlich geprüfte/r Krankenpflegehelfer/in besitzt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes