

**Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme
der Ausbildung als
staatlich geprüfte/r Krankenpflegehelfer/in**

Frau/Herr (Nichtzutreffendes bitte streichen) _____

geboren am _____ in _____

ist heute von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass er/sie **nicht**

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

**staatlich geprüfte Krankenpflegehelferin/
staatlich geprüfter Krankenpflegehelfer**
ungeeignet ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes