

# 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

**“Pflegefachfrau/Pflegefachmann”**

geeignet.

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

Stempel  
der Arztpraxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des bescheinigenden Arztes