

B E S C H E I N I G U N G

Für die Ausbildung und Ausübung des Berufes

„Krankenpflegehelfer/in“

wird bescheinigt, dass:

Herr / Frau

Name, Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

n i c h t wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner / ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes unfähig oder ungeeignet ist.

ausgestellt am:
(frühestens 3 Monate vor Ausbildungsbeginn)

durch:
(Stempel und Unterschrift des Arztes)