

Bescheinigung

für die Ausbildung und Ausübung des Berufes

Pflegefachfrau/Pflegefachmann

Hiermit wird bescheinigt, dass:

Herr/Frau

Name, Vorname

geb. am:

Geburtsdatum

wohnhaft:

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

nicht 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