

Gesundheitliche Eignung zur Ausübung eines Berufes im Gesundheitswesen

Sehr geehrte Ärztin,
sehr geehrter Arzt,

gemäß den Gesetzen über die Ausbildung der Berufe

- für Pflegefachfrau/Pflegefachmann,
- für Gesundheits- und Krankenpflegehilfe

ist die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufes Voraussetzung für den Zugang zur gewünschten Ausbildung.

Diese Eignung zur Ausübung des Berufes aus gesundheitlicher Sicht bitten wir dem Bewerber auf dem nachfolgenden Formular zu bestätigen. Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Felder an. Weitergehende Angaben sind zu vermeiden.

Außerdem bitten wir Sie, den Bewerber zu beraten, wenn bereits gesundheitliche Risiken oder Vorbelastungen bestehen, welche die Ausübung des Berufes ggf. gefährden könnten.

-----bitte nicht trennen-----

Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herrgeboren am:.....

Ist für die gewünschte Ausbildung in der (bitte ankreuzen):

- Pflegefachfrau/Pflegefachmann
- Gesundheits- und Krankenpflegehilfe
 - gesundheitlich geeignet
 - gesundheitlich nicht geeignet

Ort

Datum

Praxisstempel und Unterschrift des Arztes