

# Ärztliches Attest

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ist in gesundheitlicher, **also in physischer und psychischer Hinsicht**, zur ordnungsgemäßen Ausübung des angestrebten Berufes als

**“staatlich anerkannte/r Altenpflegerin/Altenpfleger”**

geeignet.

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des  
bescheinigenden Arztes