



BERUFSBILDENDE SCHULE
WESTERBURG

EURE ZUKUNFT IN UNSERER GEGENWART.

Berufsbildende Schule
Hofwiesenstraße 1
56457 Westerburg

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr _____
(Vorname und Familienname)

geboren am: _____ in: _____
(Datum) (Ort)

wohnhaft: _____
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

wurde von mir,

(Name, Anschrift des attestierenden Arztes)

am: _____
(Datum der Untersuchung)

im Hinblick auf eine Ausbildung zum/zur Pflegefachmann/-fachfrau
 zum/zur Altenpflegehelfer/in

untersucht.

Die Untersuchung ergab keine Hinweise auf physische oder psychische Veränderungen im Sinne akuter oder chronischer ernsthafter Erkrankung oder Behinderung und keinen Hinweis auf Suchtprobleme. Der/die Untersuchte ist insofern für die o.a. schulischen und beruflichen Aufgaben geeignet. (Rechtsgrundlage Fachschulverordnung Altenpflegehilfe §6, Abs. 3, sowie Pflegeberufegesetz §2, Abs. 3)

Eine aktuell gültige Masernschutzimpfung wird hiermit bestätigt.

(Ort/Datum)

(Unterschrift des Arztes, Stempel)

Anmerkung: Das Gesundheitszeugnis darf bei Ausbildungsbeginn bzw. zum Zeitpunkt der Erteilung der Urkunde nicht älter als 6 Monate sein. Eventuell entstehende Kosten sind von der Schülerin/dem Schüler selbst zu tragen.

