



## **Formular: Ärztliche Bescheinigung**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

ist heute von mir untersucht worden und ist in gesundheitlicher Hinsicht für die  
Ausübung des Berufes als

- ☐ Pflegefachfrau / Pflegefachmann / Pflegefachperson
- ☐ Anästhesietechnische Assistentin / anästhesietechnischer Assistent (ATA)
- ☐ Diätassistentin / Diätassistent
- ☐ Ergotherapeutin / Ergotherapeut
- ☐ Hebamme
- ☐ Logopädin / Logopäde
- ☐ Masseurin & medizinische Bademeisterin / Masseur & medizinischer Bademeister
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Funktionsdiagnostik (MTF)
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Laboratoriumsanalytik (MTL)
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Radiologie (MTR)
- ☐ Med. Technologie / med. Technologin für Veterinärmedizin (MTV)
- ☐ Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter
- ☐ Operationstechnische Assistentin / operationstechnischer Assistent (OTA)
- ☐ Orthoptistin / Orthoptist
- ☐ Pharmazeutisch-tech. Assistentin / pharmazeutisch-tech. Assistent (PTA)
- ☐ Physiotherapeutin / Physiotherapeut
- ☐ Podologin / Podologe

**Bayerisches Landesamt für Pflege**  
Mildred-Scheel-Straße 4 · 92224 Amberg  
Telefon 09621 9669-4545 / Fax -4221

**Öffentliche Verkehrsmittel**  
Buslinie 403  
Haltestelle Landesamt für Pflege

**E-Mail**  
[anerkennung-pflege@lfp.bayern.de](mailto:anerkennung-pflege@lfp.bayern.de)  
[anerkennung-gesundheit@lfp.bayern.de](mailto:anerkennung-gesundheit@lfp.bayern.de)  
**Internet**  
[www.lfp.bayern.de](http://www.lfp.bayern.de)

- ☐ geeignet.
- ☐ nicht geeignet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

---

Stempel