



## **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. Technologe / med. Technologin für Funktionsdiagnostik (MTF)
- Med. Technologe / med. Technologin für Laboratoriumsanalytik (MTL)
- Med. Technologe / med. Technologin für Radiologie (MTR)
- Med. Technologe / med. Technologin für Veterinärmedizin (MTV)
- Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter
- Operationstechnische Assistentin / operationstechnischer Assistent (OTA)
- Orthoptistin / Orthoptist
- Pharmazeutisch-tech. Assistentin / pharmazeutisch-tech. Assistent (PTA)
- Physiotherapeutin / Physiotherapeut
- Podlogin / Podologe

- geeignet.
- nicht geeignet.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

---

Stempel