

Ärztliche Feststellung der gesundheitlichen Eignung

zur Bewerbung für die Ausbildung zur/m Pflegefachfrau/mann (für den Ausbildungsträger und/oder die Berufsfachschule für Pflege

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt,
laut gesetzlichen Vorgaben ist die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des angestrebten Berufs „Pflegefachfrau/-mann“ Voraussetzung für die Zulassung einer Bewerberin/eines Bewerbers zur Ausbildung. Wir bitten Sie daher, das vorliegende Formular auszufüllen und der Bewerberin bzw. dem Bewerber auszuhändigen. Vielen herzlichen Dank!!!

Ärztliche Bescheinigung für

Frau / Herr _____

geboren am: _____

Ort: _____

Aus ärztlicher Sicht wird festgestellt, dass die oben genannte Person für die Ausübung eines Gesundheitsfachberufs (Pflegefachmann/frau)

nicht ungeeignet ist*

ungeeignet ist*

*Bitte machen Sie mindestens eine Angabe zur gesundheitlichen Eignung (auch wenn keine Impfnachweise vorliegen).

Impfschutz/ Immunitätsnachweis **Masern** liegt vor

liegt nicht vor

Ort, Datum

Unterschrift des untersuchenden Arztes

Praxisstempel

Rechtsgrundlage: § 6 Abs. 1 Nr. 4 Berufsfachschulordnung Pflegeberufe