

Ärztliche Bescheinigung

ÄB

zur Ausbildung zum

Rettungshelfer

Rettungssanitäter

Persönliche Daten:

Herr/ Frau	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ/ Ort	

Der oben genannte Patient wurde heute, den _____ von mir untersucht.

Datum

Nach meinen Feststellungen ist der/die Betroffene nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder einer Suchterkrankung zur Ausübung der Tätigkeit als Rettungshelfer/ Rettungssanitäter/ unfähig oder ungeeignet. Sie/ Er ist auch frei von ansteckenden Krankheiten.

Ort/ Datum

Unterschrift des/der Arztes/Ärztin

Stempel der Praxis
