
Ärztliches Attest

Frau/Herr: _____

geboren am: _____

wohnhaft: _____

ist in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht, zur ordnungsgemäßen Ausübung des angestrebten Berufes als

“staatlich anerkannte/r Pflegefachfrau*mann”

geeignet.

Ferner bestätige ich, dass keine Hinweise auf ansteckende Krankheiten bestehen.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
bescheinigenden Arztes