

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Regierungspräsidium Darmstadt

Frau/Herr _____ geb. am: _____

wird hiermit bescheinigt, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht
–ohne Einschränkung–

zur Ausübung des Berufes

einer Altenpflegehelferin/eines Altenpflegehelfers

geeignet ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes