

Ärztliche Bescheinigung
Pflegefachhelfer/in in der Gerontopsychiatrie

Frau/Herr _____ geb. am: _____

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

zur Ausübung des Berufes
eines/einer Pflegefachhelfers/in in der Gerontopsychiatrie

geeignet ist.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes