

**Ärztliche Bescheinigung**  
**zur Vorlage beim Regierungspräsidium Darmstadt**

Frau/Herr

\_\_\_\_\_

(Familiename, Vorname)

geboren am

\_\_\_\_\_

ist heute von mir untersucht worden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufes als

**Altenpflegerin / Altenpfleger**

ungeeignet ist.

Bei eingeschränkter Eignung bitte die Art der Einschränkung oder Behinderung angeben und gegebenenfalls weitere Belege anfügen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

(Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt)