

# Ärztliche Bescheinigung

(zu § 8 Abs. 2 Nr. 3)

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

geboren am

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Tag . Monat . Jahr

in

\_\_\_\_\_  
Geburtsort, Geburtsortland

wohnhaft in

\_\_\_\_\_  
Straße, HausNr., PLZ, Ort

wurde am

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.  
Tag . Monat . Jahr

von mir

\_\_\_\_\_  
Name der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

in der Arztpraxis

\_\_\_\_\_  
Name der Arztpraxis

\_\_\_\_\_  
Straße, HausNr., PLZ, Ort der Arztpraxis

mit dem Ergebnis untersucht, dass sie/er in körperlicher und gesundheitlicher Hinsicht geeignet ist, als  
Rettungssanitäter:in tätig zu werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der untersuchenden Ärztin  
oder des untersuchenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel der Arztpraxis