

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