

Schillerstraße 2 - 74821 Mosbach  
Tel. 06261 8908-50 - Fax 06261 8908-52  
E-Mail: send@augusta-bender-schule.de  
Internet: www.augusta-bender-schule.de

## **Ärztliche Bescheinigung**

### **über die gesundheitliche Eignung zur Berufsausübung als staatlich geprüfte Altenpflegehilfskraft**

Frau/ Herr .....

geboren am: ..... in: .....

ist heute von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die gesundheitliche Eignung für die berufliche Tätigkeit als Pflegehilfskraft vorliegt.

.....

.....

Ort, Ausstellungsdatum

Unterschrift / Praxisstempel

Schillerstraße 2 - 74821 Mosbach

Tel. 06261 8908-50 - Fax 06261 8908-52

E-Mail: [send@augusta-bender-schule.de](mailto:send@augusta-bender-schule.de)

Internet: [www.augusta-bender-schule.de](http://www.augusta-bender-schule.de)

der Ärztin / des Arztes