

---

Name, Anschrift des attestierenden Arztes

## **Ärztliche Bescheinigung**

zur gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs  
der Altenpflegehelferin / des Altenpflegehelfers

---

Frau/Herr

geboren am

---

wurde am

von mir untersucht.

Anhaltspunkte dafür, dass er/sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes der Altenpflegehelferin / des Altenpflegehelfers ungeeignet ist, liegen nicht vor.

---

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

### **Rechtsgrundlage:**

§ 6 Nr. 3 Fachschulverordnung Altenpflegehilfe

### **Anmerkung:**

**Das Gesundheitszeugnis darf bei Ausbildungsbeginn nicht älter als sechs Monate sein.**

**Eventuell entstehende Kosten sind von der Schülerin/dem Schüler selbst zu tragen.**