

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr _____ , geb. am _____

wohnhaft: _____

wurde heute von mir ärztlich untersucht.

Anhaltspunkte dafür, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur Qualifizierung als

Betreuungsassistent/in

ungeeignet ist, liegen nicht vor.

_____ , den _____

(Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)