

## Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr

*(Unzutreffendes ist zu streichen)*

.....  
(Vorname) (Nachname)

geboren am ..... in ..... (Geburtsort, -land),

wohnhaft in .....  
(Straße mit Hausnummer, Ort mit Postleitzahl)

wurde am \_\_.\_\_.\_\_\_\_ von mir mit dem Ergebnis untersucht, dass sie / er *(Unzutreffendes ist zu streichen)* zum Zeitpunkt der Untersuchung in körperlicher, geistiger und gesundheitlicher Hinsicht geeignet war, als Rettungssanitäterin bzw. Rettungssanitäter tätig zu werden.

.....  
(Name und Anschrift der Arztpraxis)

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift der / des untersuchenden Ärztin / Arztes)

.....  
(Stempel der Arztpraxis)

.....  
Untersuchende(r) Ärztin / Arzt