

Ort: _____

Datum: _____

Ärztliche Bescheinigung

Herrn/Frau: _____

geb. am: _____

wohnhaft in: _____

wird bestätigt, dass er/sie nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs

Notfallsanitäter/in

ungeeignet ist.

(Stempel des Arztes)

Unterschrift des Arztes