

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. <sup>1</sup>

(Stempel des Arztes)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes