

Bescheinigung über die gesundheitliche Eignung für die Ausbildung zur Pflegeassistentin/zum Pflegeassistenten

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr _____ geb. am _____

wohnhaft _____

zum Zeitpunkt der von mir durchgeführten Untersuchung

- frei von ansteckenden Krankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz § 34 ist.
- Physisch und psychisch in der Lage sein wird, eine Ausbildung im pflegerischen Bereich aufzunehmen.
- gegen Infektionskrankheiten wie
Masern/Mumps/Röteln
Pertussis/Windpocken/Diphtherie
Poliomyelitis/Tetanus
Hepatitis B
SARS-CoV-2 (= Corona, vollständig)

immun ist oder ausreichenden Impfschutz durch Vorlage des Impfausweises nachgewiesen hat.

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des
Hausarztes