

Anschrift der Ärztin/des Arztes

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wird hiermit bescheinigt, dass keine körperliche, psychische oder geistige Erkrankung vorliegt, aufgrund deren sie/er zu Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten bei Menschen mit demenzbedingter Funktionsstörung, psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung in Pflegeheimen unfähig oder ungeeignet ist.

Es bestehen insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Suchterkrankung. Die/Der o. G. ist aus ärztlicher Sicht - ohne Einschränkung - zur Ausübung der Tätigkeit als „Zusätzliche Betreuungskraft im Pflegeheim nach §§ 43b, 53c SGB XI“ geeignet.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)