

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 grundpflegerischen Aktivierungstätigkeiten bei pflegebedürftigen Menschen im ambulanten oder stationären Bereich 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 „Helfer in der Pflege“ geeignet.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)