

Ärztliches Attest

zum Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zur Führung
der Berufsbezeichnung
„Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“

Hiermit wird bescheinigt, dass

Herr / Frau _____

geb. am _____ in _____

nicht in gesundheitlicher Hinsicht für die Ausübung des Berufes
„Notfallsanitäterin/Notfallsanitäter“ ungeeignet ist.

Ort, Datum

Name des bescheinigenden Arztes
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Arztes

Praxisstempel