

# Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr .....

geboren am: ..... in: .....

**ist aus medizinischer Sicht für die Ausübung einer Tätigkeit als Rettungssanitäter/in geeignet.**

Es liegen keine körperlichen und geistigen Erkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen vor, die die Ausübung einer Tätigkeit als Rettungssanitäter/in beeinträchtigen könnten. Die oben genannte Person ist frei von infektiösen oder ansteckenden Krankheiten, es besteht keine Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift  
des Arztes