

## Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

Frau/Herr (nicht zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_ (Vorname) \_\_\_\_\_ (Nachname),

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (Geburtsort, -land),

wohnhaft in \_\_\_\_\_,

(Straße mit Hausnummer, Ort mit Postleitzahl)

wurde am \_\_\_\_\_ von mir mit dem Ergebnis untersucht, dass sie/er zum Zeitpunkt der Untersuchung gesundheitlich geeignet ist, als Erzieherin oder als Erzieher/als Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger/als Heilpädagogin oder Heilpädagoge (nicht zutreffendes bitte streichen) selbständig und verantwortlich tätig zu sein.

\_\_\_\_\_  
(Name und Anschrift der Arztpraxis)

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift der/des untersuchenden  
Ärztin/Arztes)

(Stempel der Arztpraxis)