

## Ärztliche Bescheinigung

zur Bewerbung an den Schulen des Berufsbildungszentrums Ingolstadt

Frau/Herr
geboren am
wohnhaft (Straße, Ort)

wurde am ..... in meiner Praxis eingehend untersucht.

Es wird bestätigt, dass die oben genannte Person in gesundheitlicher Hinsicht **nicht ungeeignet** ist zur Ausübung des nachfolgenden Berufes

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Hebamme/Entbindungspfleger
<input type="checkbox"/>	Gesundheits- und Krankenpfleger/in
<input type="checkbox"/>	Techn. Assistentin/Techn. Assistenten in der Medizin - Fachrichtung Labor
<input type="checkbox"/>	Techn. Assistentin/Techn. Assistenten in der Medizin - Fachrichtung Radiologie
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeutin/Physiotherapeuten
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeutin/Ergotherapeuten
<input type="checkbox"/>	Logopädin/Logopäden
<input type="checkbox"/>	Operationstechnischen Assistenten/in
<input type="checkbox"/>	Pflegefachhelferin/Pflegefachhelfer (Krankenpflege)

	Praxisstempel
Ort, Datum	Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Rechtsgrundlagen:

§ 5 Abs. 4 Nr. 4 Berufsfachschulordnung Pflegeberufe

§ 4 Abs. 3 Nr. 4 Berufsfachschulordnung Technische Assistenten Medizin Pharmazie

§ 5 Abs. 3 Nr. 4 Berufsfachschulordnung nichtärztliche Heilberufe