

## 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"/>	Pflegefachfrau - Pflegefachmann (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Med. Technologen für Radiologie (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Physiotherapeut*in (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeut*in (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Logopädin – Logopäde (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Operationstechnische*r Assistent*in (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Anästhesietechnische*r Assistent*in (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Pflegefachhelfer*in (Pflege) (w/m/d)
<input type="checkbox"/>	Vorbereitungsklasse (Pflege) (w/m/d)

	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