Ärztliches Attest

Herrn / Frau _____

Geb. am: _____._____._____ in _____

Der / die oben genannte Teilnehmer/in wurde heute von mir ärztlich untersucht mit dem Ergebnis:

Er / Sie ist physisch und psychisch zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit als Rettungssanitäter/in uneingeschränkt geeignet.

Es besteht folgender Impfschutz:

- **Hepatitis B** **( ) ja / ( ) nein**
  Wenn NEIN: Impfung wird aktuell durchgeführt **( ) ja / ( ) nein**

- **Masern** **( ) ja / ( ) nein**
  Wenn NEIN: Impfung wird aktuell durchgeführt **( ) ja / ( ) nein**

Hinweis:
Die Bestätigung alleine ersetzt nicht den Impfausweis, der ggf. von den Praktikumsstellen gesondert angefordert werden kann.

Bemerkungen:

_____ _____

Ort / Datum Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin