

# Ärztliches Attest

zur Vorlage bei der  
Regierung von Schwaben

**Betr.:**  
**“Pflegefachfrau\*mann”**

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/Herr: \_\_\_\_\_  
(Vor-, Nachname)  
geboren am: \_\_\_\_\_  
(tt.mm.jjjj)  
Wohnhaft in: \_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer)  
\_\_\_\_\_  
(PLZ, Stadt)

aus gesundheitlicher Sicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des angestrebten Berufs als

**“staatlich anerkannte/r Pflegefachfrau\*mann”**

geeignet ist.

Körperliche Gebrechen, Schwächen der geistigen oder körperlichen Kräfte liegen nicht vor.

Eine Sucht (Abhängigkeit) wurde nicht festgestellt und es bestehen keine Hinweise auf ansteckende Krankheiten.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes