

Stempel der Ärztin/ des Arztes



....., den

Ärztliches Attest

Frau / Herr geb. am

in ist von mir untersucht worden.

Hiermit bescheinige ich ihre/seine Eignung zur Ausübung des Berufs (lt. §6 Abs. 4 der BFSO Pflege vom 8. November 2019, <https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayBFSOPflege-6>)

- einer Pflegefachfrau / eines Pflegefachmannes,
- einer Pflegefachhelferin Krankenpflege / eines Pflegefachhelfers Krankenpflege.

Zudem bescheinige ich hiermit, dass sie/er

- einen Schutz gegen Masern (Impfschutz oder Immunität) hat,
- aus gesundheitlichen Gründen nicht gegen Masern geimpft werden kann.

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....

.....
Unterschrift der Ärztin/des Arztes