

## Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung zur  
Ausübung des Berufes des/der Heilerziehungspfleger/in

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

wird hiermit bestätigt, dass er/sie gesundheitlich in der Lage ist, den Beruf des/der  
Heilerziehungspfleger/in und Heilerziehungspflegehelfers/in auszuüben.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes

Hinweis: Dieses Zeugnis darf ab Bewerbung nicht älter als drei Monate sein!