

# Ärztliches Attest

Nachweis der gesundheitlichen Eignung für den angestrebten Beruf  
Pflegefachfrau / Pflegefachmann (nach § 5 Abs. 4 BFSO Gesundheit)

Hiermit wird bestätigt, dass

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

heute von mir untersucht worden ist.

Ich habe festgestellt, dass sie / er, unter Berücksichtigung der besonderen beruflichen Belastung, frei ist von körperlichen Gebrechen oder einer Schwäche ihrer / seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder einer Sucht.

Die Schülerin / Der Schüler ist zur Ausübung des angestrebten Berufes Pflegefachfrau / Pflegefachmann

geeignet.

nicht geeignet.

| Impfstatus  | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>Impfstatus Masern:</b>   |                          |                          |
| Impfungen sind erfolgt (Impfstatus vollständig)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder: serologischer Nachweis eines Schutz gegen Masern liegt vor        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Impfstatus Hepatitis B:</b>  |                          |                          |
| Impfungen sind erfolgt (Impfstatus vollständig)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder: serologischer Nachweis eines Schutzes gegen Hepatitis B liegt vor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemerkungen:  |                          |                          |

.....  
Ort, Datum

Arzt/Ärztin

Stempel

Zur Vorlage bei der: Berufsfachschule für Pflege  
Kissinger Straße 150  
97688 Bad Kissingen