

Ärztliche Bescheinigung RS - Tauglichkeit

Frau / Herr *

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

(Geburtsort,-land)

Wohnhaft (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Wurde am _____. _____. _____. von mir mit dem Ergebnis, dass Sie / Er * zum Zeitpunkt der Untersuchung in körperlicher, geistiger und gesundheitlicher Hinsicht geeignet ist und an keinen ansteckenden Krankheiten leidet.

Sie / Er * können als Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter* im Rettungsdienst eingesetzt werden.

Name Arztpraxis

Straße Hausnummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift der / des untersuchenden Ärztin / Arzt

Name Untersuchende(r) Ärztin/Arzt

*unzutreffendes Streichen

Stempel Arztpraxis