

# Ärztliches Attest

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

Geb. am: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Der / die oben genannte Teilnehmer/in wurde heute von mir ärztlich untersucht mit dem Ergebnis:

**Er / Sie ist physisch und psychisch zur Ausübung einer beruflichen Tätigkeit als Transportsanitäter/in uneingeschränkt geeignet.**

Bemerkungen:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin