

An das  
Landesamt für soziale Dienste  
Adolf-Westphal-Str. 4

24143 Kiel

## Ärztliche Bescheinigung

für die Erteilung der Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung  
Notfallsanitäter/in

Name, Vorname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

ist von mir heute untersucht worden. Hierbei ist festgestellt worden, dass er/sie

- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes geeignet ist.
- aus folgendem Grund in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des o.g. Berufes ungeeignet ist:

---

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel

Anmerkung: Das ärztliche Attest darf bei Antragstellung nicht älter als einen Monat sein.