

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Führung der
Berufsbezeichnung **zum Rettungsassistenten/ zur Rettungsassistentin**
gemäß § 2 Absatz 1 Nr. 3 RettAssG

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/ Wohnort	

- Die oben genannte Person wurde heute von mir auf gesundheitliche Eignung für die Tätigkeit als Rettungsassistent/in untersucht.

- Gegen die Ausübung der Tätigkeit als Rettungsassistent/in bestehen aus gesundheitlicher Sicht keine Bedenken.

(Ort/Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin)