

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

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

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/ Wohnort	

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

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

(Ort/Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin)