



**Malteser**

*...weil Nähe zählt.*

## Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

**nicht** wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung der Tätigkeit als

Rettungshelfer(in) / Rettungssanitäter(in)

unfähig oder ungeeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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