

## GEWERBLICHE SCHULEN DES LAHN-DILL-KREISES

### ÄRZTLICHE UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Frau/Herr (nicht zutreffendes bitte streichen)

---

Nachname, Vorname

geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (Geburtsort, -land)

wohnhaft in \_\_\_\_\_  
Straße mit Hausnummer, PLZ und Wohnort

wurde am \_\_\_\_\_ von mir mit dem Ergebnis untersucht, dass sie/er zum Zeitpunkt der Untersuchung gesundheitlich geeignet ist, als Erzieherin oder als Erzieher / als Heilerziehungspflegerin oder Heilerziehungspfleger / als Heilpädagogin oder Heilpädagoge (nicht zutreffendes bitte streichen) selbständig und verantwortlich tätig zu sein.

Außerdem bestätige ich, dass sie/er gesund und frei von ansteckenden Krankheiten ist.

---

Name und Anschrift der Praxis

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes

Stempel der Arztpraxis