

Name, Anschrift des attestierenden Arztes

## **Ärztliche Bescheinigung**

***über die gesundheitliche Eignung für eine Tätigkeit als Heilerziehungsassistent/in***

zur Vorlage bei:

Diakonisches Institut für Soziale Berufe gem. GmbH

Frau/Herr \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wurde am \_\_\_\_\_ von mir untersucht

und ist in gesundheitlicher Hinsicht für eine Tätigkeit in der Heilerziehungsassistenz  
geeignet.

Datum, Unterschrift des attestierenden Arztes

Stempel des attestierenden Arztes