

Ärztliches Attest

für die Aufnahme in die **Schule für Sozialbetreuungsberufe**

Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____

Es wird bestätigt, dass der/die oben genannte PatientIn frei von ansteckenden/meldepflichtigen Krankheiten und sowohl physisch als auch psychisch in der Lage ist, die **Ausbildung zum/zur Fach-/Diplom-Sozialbetreuerin inklusive der Pflegeassistenz** zu absolvieren.

Chronische Erkrankungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes