

Name und Anschrift des attestierenden Arztes

Ärztliches Attest

über die gesundheitliche Eignung für die Ausbildung zum/zur

Pflegefachmann/-frau

zur Vorlage an der

Ludwig Schlaich Akademie GmbH
Pflegefachschule
Devizesstraße 9
71332 Waiblingen

Frau/Herr _____ geboren am _____

wurde am _____ von mir untersucht

und ist aus ärztlicher Sicht für eine Tätigkeit als Pflegefachmann/-frau geeignet.

Datum, Unterschrift des attestierenden Arztes

Stempel des attestierenden Arztes