

Name und Anschrift des attestierenden Arztes

## Ärztliches Attest

über die gesundheitliche Eignung für die Ausbildung zum/zur

### **Altenpfleger/in**

zur Vorlage an der

**Ludwig Schlaich Akademie GmbH**  
**Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe**  
**Devizesstraße 9**  
**71332 Waiblingen**

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

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

und ist aus ärztlicher Sicht für eine Tätigkeit als Altenpfleger/in geeignet.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des attestierenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Stempel des attestierenden Arztes