

**Ärztliches Zeugnis**  
über die Eignung zur Ausübung des Berufes der Heilerziehungspflegerin/-helferin

Frau: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

wird hiermit bestätigt, dass sie gesundheitlich in der Lage ist, den Beruf der Heilerziehungspflegerin/-helferin auszuüben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Arztes

Dieses Zeugnis darf bei Beginn der Ausbildung nicht älter als drei Monate sein!