



Deutsches Rotes Kreuz  
Schwesternschaft  
Marburg e.V.



## Ärztliche Bescheinigung

(bei Minderjährigen: nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz § 32, § 36)  
vor Antritt des Freiwilligendienstes

Hiermit bestätige ich, dass Herr/ Frau \_\_\_\_\_,

**geboren am** \_\_\_\_\_ **in** \_\_\_\_\_

von mir untersucht wurde.

- Er/ Sie ist gesund und ohne Einschränkungen sowohl physisch als auch psychisch in der Lage, im pflegerischen Bereich als HelferIn / Helfer zu arbeiten.
- Er/ Sie ist frei von ansteckenden Krankheiten.
- Er/ Sie unterliegt keiner Sucht oder Abhängigkeit.
- Masernimpfschutz ist vollständig gemäß STIKO Empfehlung.
- Covid 19 Impfschutz vollständig seit: \_\_\_\_\_  
ggf. Immunisierung durch Genesung bis: \_\_\_\_\_
- Folgende Einschränkungen sind beim Einsatz in der Kranken- und Altenpflege zu beachten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes in Druckbuchstaben