



Deutsches Rotes Kreuz  
Schwesternschaft  
Marburg e.V.



## Ärztliche Bescheinigung zur Ableistung eines FSJ oder BFD

nach Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchUV) und §33 (Nachuntersuchung nach 12 Monaten)

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.

Folgende Einschränkungen sind beim Einsatz in der Kranken- und Altenpflege zu beachten:

---

---

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes