

Allergien:	
Frühere Erkrankungen / Operationen: Unfälle / Sportverletzungen: Krankenhausaufenthalte: (jeweils mit Jahresangabe)	
Derzeit relevante ärztliche Behandlungen / Medikamente (inkl. Dauermedikationen): (in Bezug auf die Berufsberechtigung als Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson)	

Hiermit wird bestätigt, dass Frau/Herr..... zum Zeitpunkt der Untersuchung die für die Ausbildung **UND** Berufsausübung als **Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson** nötige **gesundheitliche Eignung** besitzt.

Unterschrift und Stempel
des Arztes/der Ärztin für Allgemeinmedizin

Datum