

Malteser Hilfsdienst e.V.  
Schule Bonn  
Heilsbachstraße 22-24  
53123 Bonn

## Ärztliche Bescheinigung

**Rettungshelfer-, Rettungssanitäter-, Rettungsassistenten-Ausbildung**

**Zur Vorlage bei der zuständigen Behörde**  
§ 4 Abs. 1, Nr. 1 RettAPO, RettAssG, RettAssPrV

Hiermit wird bescheinigt, dass Herr/Frau

Name, Vornamen \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_

körperlich, geistig und persönlich zur Ausübung der Tätigkeit als

**Rettungshelfer(in), Rettungssanitäter(in) oder Rettungsassistent(in)**

geeignet ist.

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

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