

Ärztliches Attest über die gesundheitliche, körperliche, geistige und persönliche Eignung zur Ausbildung und Ausübung der Tätigkeit als „Rettungssanitäterin“ oder „Rettungssanitäter“ bzw. als „Rettungshelferin“ oder „Rettungshelfer“ gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 2 RettAPrVO NRW und gemäß § 8 Ziffer 1 NotSanG zur Vorlage bei der Ausbildungsstätte

Herr / Frau _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort)

wohnhaft _____
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort)

ist heute von mir untersucht worden.

Verbindliche Impfnachweise

Hep B:

- Die/der Obengenannte hat am mit einer Hepatitis-B-Immunisierung begonnen und wird diese bis zum Ausbildungsbeginn abgeschlossen haben.
- Die/der Obengenannte verfügt über eine ausreichende Hepatitis-B-Immunisierung.

Masern:

- Die/der Obengenannte hat am mit einer Masern-Impfung begonnen und wird diese bis zum Ausbildungsbeginn abgeschlossen haben.
- Die/der Obengenannte verfügt über einen ausreichenden Impfschutz gegen Masern.

COVID:

- Die/der Obengenannte verfügt über einen entsprechenden Impfschutz und hat mindestens drei Impfungen erhalten/vorgewiesen.
- Die/der Obengenannte kann aus medizinischen Gründen nicht geimpft werden.
- Die/der Obengenannte ist nicht geimpft

Es wird hiermit bestätigt, dass er bzw. sie in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausbildung und Ausübung der Tätigkeit als „Rettungssanitäterin“ oder „Rettungssanitäter“, als „Rettungshelferin“ oder „Rettungshelfer“ bzw. für den Beruf des Notfallsanitäters sowie für die die Tätigkeit in einer Einsatzformation der Gefahrenabwehr geeignet ist* / nicht geeignet ist*.

*bitte entsprechendes streichen

(Ort / Datum)

(Stempel **und** Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

Version: 1.0	Ersteller:	Freigegeben:	Seite 1 von 1
Stand: 10/2022	AHA / Mayweg	Leitung AusbZ	