

Anschrift der Ärztin/des Arztes

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

Frau/Herrn _____ geb. am _____

wird hiermit bescheinigt, dass keine körperliche, psychische oder geistige Erkrankung vorliegt, aufgrund deren sie/er zu Betreuungs- und Aktivierungstätigkeiten bei Menschen mit demenzbedingter Funktionsstörung, psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung in Pflegeheimen unfähig oder ungeeignet ist.

Es bestehen insbesondere keine Anhaltspunkte für eine Suchterkrankung.

Die/Der o. G. ist aus ärztlicher Sicht - ohne Einschränkung - zur Ausübung der Tätigkeit als „Zusätzliche Betreuungskraft nach § 87b SGB XI im Pflegeheim“ geeignet.

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)