|  |
| --- |
| Durchführung des Gesetzes über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz - NotSanG) vom 22.Mai 2013(BGBl. I S.1348)  Erteilung der Erlaubnis gem. § 2 zum Führen der Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter/in“ |
| Ärztliches Attest  zur Vorlage beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege  Name...................................................................................................................................  geb. am ...................................... in ............................................................................  Anschrift..............................................................................................................................  ............................................................................................................................................  wird hiermit bescheinigt, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht  -ohne Einschränkung- zur Ausübung des Berufes  **einer Notfallsanitäterin/ eines Notfallsanitäters**  geeignet ist.  ............................... ............................................................................................  Datum Unterschrift und Stempel des Arztes |