

## Beschäftigungsnachweis

Hiermit wird bestätigt, dass

- Frau \_\_\_\_\_
- Herr \_\_\_\_\_
- als OP-PflegerIn
- als OrthopädietechnikerIn
- im Rettungsdienst
- als PhysiotherapeutIn
- als Assistenzarzt/ärztin
- als Arzt/Ärztin in Ausbildung

in unserem Haus / unserer Klinik / Praxis / Organisation beschäftigt ist.

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

Unterschrift und Stempel  
der Klinik / Universität /  
Organisation \_\_\_\_\_