



**Praktischer Teil der staatlichen Prüfung
zur/zum Gesundheits- und
Krankenpflegehelferin/Gesundheits- und
Krankenpflegehelfer mit generalistischer Ausrichtung**

Name des Prüflings

Datum der Prüfung

Klinik / Abteilung

Hiermit bestätige ich, dass ich mich gesundheitlich in der Lage fühle den praktischen Teil der Examensprüfung anzutreten.

Ich bestätige, dass ich keine anderen, als die mir zur Verfügung stehenden Hilfsmittel verwende.

1. Tag _____
Unterschrift des Prüflings

2. Tag _____
Unterschrift des Prüflings