

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Gesundheitsamt

Frau / Herr _____
Vor- und Nachname

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Aufgrund der am _____ durchgeführten Untersuchung bescheinige ich,
dass Frau / Herr _____ physisch und psychisch zur ord-
nungsgemäßen Ausübung des Berufes als _____
gesundheitlich geeignet ist.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Ärztin/Arzt