

Ärztliches Zeugnis
zur Berufsausübung als

(Berufsbezeichnung bitte eintragen)

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Anschrift: _____

Die am _____ erfolgte Untersuchung der/ des Frau/ Herrn _____

durch _____ (untersuchende Person)

ergab, dass der / die Untersuchte in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht, zur ordnungsgemäßen Ausübung des o. g. Berufes geeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt