

Ärztliche Bescheinigung

(Vor- und Zuname)

(geb. am)

(in)

wurde von mir am _____ ärztlich untersucht.

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass der/die oben Genannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes ungeeignet ist.

Unterschrift und Stempel des Arztes