

## Ärztliche Bescheinigung zur Berufsausübung als

---

(Berufsbezeichnung bitte eintragen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Die am \_\_\_\_\_ erfolgte Untersuchung der / des

Frau / Herrn

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

---

Ort, Datum

Stempel

---

Unterschrift