

# 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