
Stempel des Arztes

Datum

Ärztliches Zeugnis

Frau/Herr _____

geboren am _____ in _____

wohnhaft in _____

Die/Der Vorgenannte wurde heute von mir untersucht.

Sie/Er ist danach nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als:

ungeeignet.

Unterschrift des Arztes