

**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