

Arztstempel

Datum

Ärztliche Bescheinigung für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Untersuchungsdatum

Auf Grund eigener Untersuchung bestätige ich, dass oben genannte Person geistig und körperlich zur Ausübung des Berufs nicht ungeeignet ist.

Unterschrift