

Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des ärztlichen Berufes ungeeignet ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Arztstempel: