

ÄRZTLICHES ATTEST

Betr.: geb. am:
(Zu- und Vorname)

Obgenannte/Obgenannter wurde heute in meiner Ordination untersucht und ist sowohl **physisch** und **psychisch** als gesund zu bezeichnen und ist daher für die Ausbildung zum

..... geeignet.

Ein Nachweis über **ansteckende** oder **chronische** Erkrankungen konnte nicht erbracht werden.
Etwaige Behinderungen müssen aus Haftungsgründen angegeben werden!

.....
Datum

.....
Arztstempel/Unterschrift