
Name

Anschrift

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass aus ärztlicher Sicht keine Einschränkungen vorliegen und sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des/der staatlich anerkannten

Medizinisch-technischen _____ geeignet ist.

Sie/er leidet derzeit an keiner psychischen oder physischen Erkrankung, insbesondere keiner Sucht und keiner ansteckenden Krankheit.

Datum / Stempel

Hausarzt