

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DIE KÖRPERLICHE UND GEISTIGE EIGNUNG

Name, Vorname : _____

Geburtsdatum : _____

Anschrift : _____

Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass die oben genannte Person nach eingehender Untersuchung körperlich und geistig geeignet ist, die Tätigkeit bzw. Aufgabe auszuüben, für die diese Bescheinigung erforderlich ist. Es liegen keine gesundheitlichen Einschränkungen vor, die eine Ausübung verhindern oder wesentlich beeinträchtigen.

Untersuchungsbefunde

Sehtest: _____

Hörtest: _____

Herz-Kreislauf: _____

Neurologischer Status: _____

Sonstige Befunde: _____

Datum der Untersuchung : _____

Unterschrift und Stempel des Arztes

Unterschrift	Stempel

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://dokumentklar.com/formular-arztliche-bescheinigung-uber-die-korperliche-und-geistige-eignung/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://dokumentklar.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.