

ÄRZTLICHE GESUNDHEITSBESCHEINIGUNG

Allgemeiner Gesundheitszustand · Ärztliche Bescheinigung

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____

Praxis / Einrichtung: _____ Anschrift: _____ Tel.: _____

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ÜBER DEN GESUNDHEITZUSTAND

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Ausweisdokument: _____ Zweck der Bescheinigung: _____

ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG:

Allgemeinzustand:

- ☐ Unauffällig / guter Allgemeinzustand
- ☐ Keine klinischen Hinweise auf ansteckende Erkrankung
- ☐ Keine erkennbaren funktionellen Einschränkungen

ÄRZTLICHE FESTSTELLUNG:

Zum Untersuchungszeitpunkt befindet sich die untersuchte Person in gutem allgemeinen Gesundheitszustand.

BEMERKUNGEN / MEDIZINISCHE HINWEISE:

Diese Bescheinigung wurde ausgestellt in: _____

Ärztin/Arzt: _____ Berufsreg.-Nr.: _____ Datum: _____

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes