

Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr

(Unzutreffendes ist zu streichen)

.....,

(Vorname)

(Nachname)

geboren am in(Geburtsort, -land),

wohnhaf in

(Straße mit Hausnummer, Ort mit Postleitzahl)

wurde am ____ . ____ . ____ von mir mit dem Ergebnis untersucht, dass sie / er *(Unzutreffendes ist zu streichen)* zum Zeitpunkt der Untersuchung in körperlicher, geistig er und gesundheitlicher Hinsicht geeignet war, als Desinfektorin bzw. Desinfektor tätig zu werden.

.....

(Name und Anschrift der Arztpraxis)

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift der / des untersuchenden Ärztin / Arztes)

.....

(Stempel der Arztpraxis)

.....

Untersuchende(r) Ärztin / Arzt