(auf Briefpapier des ausstellenden Arztes mit Namen und Ordinationsadresse)

**ÄRZTLICHES GESUNDHEITSZEUGNIS**

**(zur Vorlage an den Dienstgeber)**

Für

Herrn/Frau:

geboren am:

Beruf/derzeit beschäftigt bei:

Anschrift:

(Zutreffendes ankreuzen)

o erstes Gesundheitszeugnis

o Folgeuntersuchung

Gegen die Beschäftigung als \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oder Tätigkeit mit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bestehen

o keine

o sehr wohl

gesundheitliche/-n Bedenken.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Arztstempel und Unterschrift