

Gesundheitszeugnis (Vorlage)

Hiermit wird bestätigt, dass

Herr / Frau

Vorname _____

Nachname _____

geboren am _____

	zutreffend	Nicht zutreffend
- frei von ansteckenden Krankheiten* ist,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- frei von einer Suchtkrankheit* ist, und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- die gesundheitliche Eignung (körperlich und psychisch) zur Ausübung des Berufes ➤ der Hebamme/des Entbindungspflegers ➤ der Physiotherapeutin/des Physiotherapeuten ausweist.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

*ggf. Anmerkungen:

Datum

Stempel der Praxis

Unterschrift der Ärztin/
des Arztes