

\_\_\_\_\_  
(Arztstempel)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

## Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim Kreis Steinfurt - Gesundheitsamt -

Herr / Frau \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_ untersucht.

Er / Sie ist **nicht** wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen einer Schwäche seiner / ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als

\_\_\_\_\_  
(Berufsbezeichnung)

**unfähig oder ungeeignet.**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes)