

## Ärztliche Bescheinigung (Gesundheitszeugnis)

An den  
Kreis Wesel  
Fachdienst Gesundheitswesen  
Mühlenstrasse 9 – 11  
47441 Moers

Auf Grund der von mir durchgeführten Untersuchung wird hiermit bescheinigt, dass

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes

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

**geeignet** ist.

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

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift des Mediziners)