

## Ärztliche Bestätigung (Bitte nur diesen Vordruck verwenden!)

ist zur Eignungsprüfung mitzubringen (darf zum Zeitpunkt der Eignungsprüfung nicht älter als 6 Monate sein!)

|                    |  |         |  |
|--------------------|--|---------|--|
| Herr/Frau (Titel): |  | Gebdat: |  |
| Strasse:           |  | Nr.     |  |
| PLZ:               |  | Ort:    |  |
| ANMERKUNGEN:       |  |         |  |

Hiermit wird bestätigt, dass aus medizinischer Sicht keine Kontraindikation zur Teilnahme an der Eignungsprüfung besteht.

Oben Genannte/r ist voll belastbar, es besteht derzeit kein Anhalt für eine akute oder chronische Erkrankung.

|              |
|--------------|
|              |
| <b>Datum</b> |

|                     |
|---------------------|
|                     |
| <b>Unterschrift</b> |

(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes )