

Ärztliche Bescheinigung			 Klinikverbund Allgäu	
 OKS KLINIK-SERVICE	 Zentrum für Pathologie Allgäu	 Geriatrie-Kliniken Sonthofen <small>Das Referat und Ambulanz für Altersmedizin im Allgäu</small>	 MVZ Fachpraxenverbund Allgäu	

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau/ Herr _____

geboren am: _____ in _____

wohnhaft in: _____

für die Ausübung der Ausbildung

fähig und geeignet ist.

Die oben genannte Person ist nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht (Abhängigkeit) zur Ausübung des angestrebten Berufs unfähig oder ungeeignet. Außerdem ist sie frei von ansteckenden Krankheiten.

Daneben ergeht zudem unsere Bitte an Sie, die/ den Auszubildende/n zu beraten, falls für sie/ ihn bereits Risiken oder Vorbelastungen bestehen, die während der Tätigkeit des angestrebten Berufs auftreten oder sich verschlimmern und zu Einschränkungen führen können.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes