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.

Datum	**Unterschrift**

(Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes)