

Stempel der Ärztin/des Arztes

Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr _____

Straße _____

Postleitzahl, Ort _____

Geboren am _____

Geburtsort _____

wurde von mir ärztlich untersucht.

Ich bestätige, dass Frau/Herr _____ nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht für die Ausbildung zur/zum PTA und zur Ausübung des Berufes der/s PTA unfähig oder ungeeignet ist.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes