

Ärztliches Gesundheitszeugnis für die Ausbildung zum/r Ergotherapeut/in

Hiermit bestätige ich, dass

Herr / Frau _____

wohnhaft in _____

geb. am _____

nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs der Ergotherapeutin/des Ergotherapeuten unfähig oder ungeeignet ist.

.....
(Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes)