

Ärztliches Zeugnis

Frau/Herr _____

geboren am _____ in _____

wurde von mir am _____ untersucht.

Ich bestätige, dass sie/er nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des angestrebten Berufes der Logopädin/des Logopäden unfähig oder ungeeignet ist. Sie/ Er ist frei von infektiösen Krankheiten.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes
Praxisstempel