

Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs
der/des Diätassistentin/Diätassistenten

Name:	
Vorname:	
Geboren:	
Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	

Die am _____ vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes über die Eignung zur Ausübung des Berufs der/des Diätassistentin/Diätassistenten:

Für das Vorliegen von Erkrankungen, welche die/den Untersuchte/n für den Beruf der/des Diätassistentin/Diätassistenten ungeeignet machen würde,

- bestehen keine Anhaltspunkte.
 bestehen wegen _____ Bedenken.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes