

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