



## Bescheinigung über die gesundheitliche Berufseignung

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

wurde von mir untersucht. Es haben sich – keine- Anhaltspunkte ergeben, dass sie/er wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes einer pharmazeutisch-technischen Assistentin/ eines pharmazeutisch-technischen Assistenten unfähig oder ungeeignet ist.

Bemerkungen:

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes