

Ärztliches Zeugnis
zur Berufsausübung als
Pharmazeutisch-Technische/r Assistent/in

Name: _____ Vorname: _____

geboren am: _____

Anschrift: _____

Die am _____ erfolgte Untersuchung der/des

Frau/Herrn _____

ergab, dass der/die Untersuchte in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer
Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des o.g. Berufes geeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel

Unterschrift Ärztin/Arzt