
Ort, Datum

Ärztliche Untersuchung zur Berufseignung

Frau/Herr* _____

geboren am: _____

wohnhaft in _____

wurde von mir zum Zwecke der Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur
Ausübung des Berufes „Ergotherapeut/-in“ am _____ untersucht.
Datum

Bei Frau/Herr* _____

- liegen Erkrankungen / Einschränkungen vor –
- liegen keine Erkrankungen / Einschränkungen vor –

die zu einer Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Ausübung des Berufes
„Ergotherapeut/-in“ führen können.

(*Nicht-Zutreffendes bitte streichen)

Bemerkungen:

Untersuchende/-r Ärztin/Arzt

Praxisstempel