Anlage 3

Ärztliche Untersuchung zur Berufseignung

Name und Ort der Schule: _____

Vor-/ Nachname: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: _____

wurde von mir zum Zwecke der Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung des Berufs

☐ **Ergotherapeut**

☐ **Ergotherapeutin**

am _____ untersucht.

Vor-/Nachname: _____

☐ - ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Berufsausübung **nicht ungeeignet.**

☐ - ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Berufsausübung **ungeeignet.**

Bemerkungen:

_____
(Ort, Datum)

_____
(untersuchende/r Ärztin/Arzt) (Praxisstempel)