     , den

Ärztliche Bestätigung über gesundheitliche Eignung

**Personalien**

Personalnummer:

Vorname:       Geburtsdatum:

Name:       Geschlecht:

Anschrift:       Staatsangehörigkeit:

     

Berufsgenossenschaft:

**Eignungsuntersuchung**

Datum der Untersuchung:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bezeichnung** | **Beurteilung** | **Untersucher** |
| Untersuchungen\_Erklärung | \_Beurteilungstext | \_Arzt |

**Bemerkungen / Voraussetzungen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_