

Absender:

---

---

---

**Stadt Duisburg**  
**Bürger- und Ordnungsamt**  
**32-42-1**  
**47049 Duisburg**

## **Ärztliche Bescheinigung**

(Gesundheitszeugnis)

Aufgrund der von mir durchgeführten Untersuchung wird hiermit bescheinigt, dass

Frau/Herr

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

wohnhaft

---

Straße, Haus-Nr., PLZ und Ort

**nicht** in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs einer/eines

- Gesundheits- und Krankenpfleger/ in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger / in
- Gesundheits- und Krankenpflegeassistentin / Krankenpflegeassistent
- Hebamme/Entbindungspfleger
- Physiotherapeutin/Physiotherapeuten
- Logopäde/Logopädin
- Ergotherapeuten/Ergotherapeutin
- med. technischer Laboratoriumsassistent/in

**ungeeignet** ist.

---

Ort, Datum

---

Stempel, Unterschrift des Arztes