



## Ärztliche Eignungsbescheinigung

zur Vorlage bei dem betriebsärztlichen Dienst unseres Hauses (Termine vereinbart die Personalabteilung) oder einem Arzt Ihres Vertrauens (Hausarzt).

**Name, Vorname:**

**geb.:**

**Einsatz im Bereich:**

**Zeitraum:**

Oben genannte Person ist physisch und psychisch für die vorgesehene Tätigkeit geeignet und wurde über die für den Einsatzbereich empfohlenen Schutzimpfungen (Liste im Anhang) aufgeklärt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Arzt

Stempel