Kerschensteinerschule Steiermärker Str. 72 70469 Stuttgart

ÄRZTLICHE UNTERSUCHUNG ZUR BERUFSEIGNUNG

Frau / Herr _____geb. am _____
(Name, Vorname)

wohnhaft: _____

wurde von mir zum Zwecke der Feststellung der gesundheitlichen Eignung am _____ untersucht. Sie / Er ist **nicht** in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung der Ausbildung als Pharmazeutisch-technischer Assistent/in **ungeeignet**.

Bemerkungen:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ort: _____den, _____

_____
Stempel / Unterschrift des Arztes