

## Ärztliches Zeugnis

über die gesundheitliche Eignung zur Ausübung des Berufs  
der/des Diätassistentin/Diätassistenten

Name:	
Vorname:	
Geboren:	
Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	

Die am \_\_\_\_\_ vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes über die Eignung zur Ausübung des Berufs der/des Diätassistentin/Diätassistenten:

---

---

Für das Vorliegen von Erkrankungen, welche die/den Untersuchte/n für den Beruf der/des Diätassistentin/Diätassistenten ungeeignet machen würde,

- bestehen keine Anhaltspunkte.  
 bestehen wegen \_\_\_\_\_ Bedenken.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes