

## Hausärztliche Bescheinigung

Frau/Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Nachname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ist heute von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass kein körperliches Gebrechen, keine Schwäche ihrer/seiner geistigen und körperlichen Gebrechen und keine Sucht vorliegen.

Sie/Er ist aus ärztlicher Sicht für die Ausübung des Berufes Logopädin/Logopäde geeignet.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift der Ärztin/des Arztes