

Arztstempel

Datum

**Ärztliche Bescheinigung**  
für die Erteilung der Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung  
**Pharmazeutisch-technische Assistentin/  
Pharmazeutisch-technischer Assistent**

Name, Vorname, Geburtsdatum

Anschrift

Untersuchungsdatum

Aufgrund eigener Untersuchung bestätige ich, dass die oben genannte Person nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist.

Unterschrift der Ärztin/des Arztes