|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  (Stempel)Untersuchender Arzt |   | **Ärztliche Stellungnahme** **über die gesundheitliche Eignung für den freiwilligen Feuerwehrdienst** **Erhält der Untersuchte und der Träger****(Kopie bleibt beim untersuchenden Arzt)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Herr / Frau  | geb. am  |
|  |  |
| Anschrift  |  |
|   |  |
|   |  |
|  |  |
| wurde von mir am  | untersucht. |
|  |  |
|  |  |
| Auf Grund der Untersuchung  |  |
|  |  |
| **[ ]**  bestehen keine gesundheitlichen Bedenken |  |
|  |  |
| **[ ]** sollte Herr / Frau | bei folgenden Tätigkeiten / Funktionen |
|  |  |
| nicht eingesetzt werden: |  |
|  |
| Begründung: |
|  |

................................................... ..........................................................................

 Ort und Datum Unterschrift des Arztes