|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (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