



Ärztliche Bescheinigung

Frau/Herr _____

geboren _____

Sie / Er ist frei von ansteckenden Krankheiten; insbesondere Tbc.

Letzte Röntgenuntersuchung: _____

Ort/Datum _____

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ärztliche Bescheinigung/Tbc ?