

UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Ärztliche Bescheinigung:

Hiermit bestätigt der unterzeichnende Arzt, dass der oben genannte Patient nach sorgfältiger Untersuchung keine gesundheitlichen Bedenken hat, die einer geplanten Tätigkeit, Behandlung oder sonstigen Maßnahme entgegenstehen. Diese Bescheinigung wird auf Wunsch des Patienten ausgestellt und gilt für den angegebenen Zweck.

Hinweise:

Diese Unbedenklichkeitsbescheinigung ersetzt keine weiterführende Diagnostik oder Behandlung. Die Angaben basieren auf dem aktuellen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Untersuchung. Eine Haftung für zukünftige gesundheitliche Veränderungen wird ausgeschlossen.

Ort: _____ Datum: _____

Name des Arztes: _____

Praxisanschrift: _____

Arzt / Ärztin

Patient / Patientin

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/unbedenklichkeitsbescheinigung-arzt/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.