



Ärztliche Bescheinigung

„Operationstechnische/-r Assistent/-in“

Die Ausbildung „Operationstechnische/-r Assistent/-in“ schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Über die Zulassung von Auszubildenden entscheidet gemäß § 18 Abs. 1 ATA-OTA-APrV der/die Vorsitzende des Prüfungsausschusses.

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Der genannten Person wird bestätigt, in gesundheitlicher Hinsicht zur
Ausübung des Berufes „Operationstechnische/-r Assistent/-in“

geeignet

ungeeignet

zu sein.

Ort, Datum

Stempel Arzt/Ärztin

Unterschrift Arzt/Ärztin