



Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Bereich: ..... als .....

von/ bis: .....

**Stellungnahme Betriebsärztlicher Dienst**

- keine Bedenken
- keine Bedenken unter folgenden Bedingungen .....  
.....  
.....

**Kann das Praktikum schon begonnen werden, bevor die Bedingungen erfüllt sind:**

- ja             nein
  
- Einstellung für geplantes Praktikum wegen Unvollständigkeit oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich

Ort, Datum

Unterschrift Betriebsarzt, Stempel