

Name der Ärztin/des Arztes

Datum

Anschrift der Ärztin/des Arztes

Tel. Nr. der Ärztin/des Arztes

## **Ärztliche Bescheinigung**

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass Frau/Herr

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

**Ärztin/Arzt**

**Apothekerin/Apotheker**

**Zahnärztin/Zahnarzt**

**Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut**

**Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeut**

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde weder von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Antragstellers noch von einer Ärztin/einem Arzt, der in der Praxis eines seiner Familienangehörigen arbeitet, durchgeführt.

---

Stempel der Ärztin/des Arztes  
oder des Krankenhauses

---

Unterschrift der Ärztin/des Arztes