

\_\_\_\_\_  
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**

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder  
Lebensgefährten des Antragstellers durchgeführt.

\_\_\_\_\_  
Stempel der Ärztin/des Arztes  
oder des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin/des Arztes