

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