

---

(Name)

---

(Vorname)

---

(Straße, Hausnummer)

---

(PLZ, Ort)

---

(E-Mailadresse)

---

(Telefon)

## **Ärztliche Bescheinigung**

**(zutreffendes bitte ankreuzen)**

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des

- ärztlichen
- zahnärztlichen
- pharmazeutischen
- psychotherapeutischen

Berufes ungeeignet ist.

---

(Ort und Datum)

---

**Praxisstempel** und **Unterschrift** der Ärztin/des Arztes,  
die/der die Untersuchung durchgeführt hat