Ärztliche Bescheinigung

Frau / Herr ..... geboren am .....

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als

- ☐ Ärztin / Arzt
- ☐ Zahnärztin / Zahnarzt
- ☐ Apothekerin / Apotheker
- ☐ Psychologische Psychotherapeutin / Psychologischer Psychotherapeut
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichentherapeut

geeignet*.

*Bei Nichteignung bzw. eingeschränkter Eignung bitte streichen und Begründung angeben:

.....

.....

....

Ort / Datum Stempel und Unterschrift des Arztes