

\_\_\_\_\_  
Name der unterzeichnenden Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung des unterzeichnenden Arztes  
(Assistenzarzt/Facharzt etc.)

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Ärztin/des Arztes

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. der Ärztin/des Arztes

## **Ärztliche Bescheinigung**

Es wird bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte vorliegen, dass

Frau/Herr

\_\_\_\_\_  
(Familienname, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

- Arzt/Ärztin
- Apotheker/Apothekerin
- Zahnarzt/Zahnärztin
- Tierarzt/Tierärztin
- Psychotherapeut/Psychotherapeutin

ungeeignet ist.

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

\_\_\_\_\_  
Ausstellungsdatum

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