

**(erst nach Aufforderung)**

**Ärztliche Bescheinigung**

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Führung einer  
Berufsbezeichnung einem Gesundheitsfachberuf

Name, Vorname .....

geb. am .....

wohnhaf in .....

ist am.....von mir untersucht worden.

Ich habe festgestellt, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht

zur Ausübung des Berufs 1) .....

☐ geeignet 2)      ☐ nicht geeignet

ist.

Besondere Hinweise:

....., den .....  
Ort

.....  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

---

1) In das Leerfeld ist die entsprechende Berufsbezeichnung einzutragen.

2) Eine entsprechende Bestätigung darf nicht ausgestellt werden, wenn eine auf einer Krankheit, Behinderung oder Sucht beruhende gesundheitliche Einschränkung so gravierend ist, dass sie die körperlichen und/oder geistigen Kräfte der antragstellenden Person in einer Weise schmälert, dass diese zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des entsprechenden Berufs nicht befähigt ist.