

## ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zur Führung einer Berufsbezeichnung in einem Gesundheitsfachberuf oder zur Ausübung eines Heilberufs

Frau / Herr .....

geb. am .....

wohnhaft in .....

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

Ich habe festgestellt, dass die/der Obengenannte nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs <sup>1)</sup> ..... ungeeignet ist. <sup>2)</sup>

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/des Antragstellerin/Antragstellers in einer Weise schmälert, dass diese/r zu einer ordnungsgemäßen Ausübung des entsprechenden Berufs nicht befähigt ist.