

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

in Verbindung mit einem Antrag auf Erteilung einer Approbation und zur Ausübung eines Heilberufs

(Zutreffendes bitte auswählen)

Name,
Vorname

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 ¹⁾ **Psychologische/r Psychotherapeut:in / Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut:in** ungeeignet ist. ²⁾

Besondere Hinweise:

_____, den

Ort

Unterschrift und Stempel des Arztes

1) Unzutreffendes bitte streichen.

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.