

Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe

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 Jugendlichen-
therapeut

geeignet*.

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

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes