

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

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

Vorname, Name:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Straße:

PLZ / Ort:

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

Ich habe festgestellt, dass die obengenannte Person in gesundheitlicher Hinsicht  
zur Ausübung des unten genannten Berufs nicht ungeeignet ist. <sup>1)</sup>

Besondere Hinweise:

....., den .....

Ort

.....

Unterschrift und Stempel des Arztes/ der Ärztin

---

1) 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.