

ÄRZTLICHES ATTEST

Frau/Herr

geboren am

in

ist heute von mir untersucht worden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Apotheker | <input type="checkbox"/> Apothekerin |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Ärztin |
| <input type="checkbox"/> Psychologischer Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Psychologische Psychotherapeutin |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin |
| <input type="checkbox"/> Tierarzt | <input type="checkbox"/> Tierärztin |
| <input type="checkbox"/> Zahnarzt | <input type="checkbox"/> Zahnärztin |

ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten des Probanden durchgeführt.

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel oder Siegel