

## Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau .....

geboren am ..... in .....

wohnhaft .....

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes\* als

- Apothekerin/Apotheker
- Ärztin/Arzt
- Medizinphysikerin/Medizinphysiker
- Psychotherapeutin/Psychotherapeut
- Tierärztin/Tierarzt
- Zahnärztin/Zahnarzt

nicht ungeeignet.

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

.....

(Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen