

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bestätige ich, dass

Anrede

Name

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Wohnort

Straße

Nummer

nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs als

Ärztin / Arzt

Zahnärztin / Zahnarzt

Apothekerin / Apotheker

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Psychologische Psychotherapeutin / Psychologische Psychotherapeut

ungeeignet ist.

_____ Datum

_____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes

_____ Stempel

Die Ärztliche Bescheinigung sollte i. d. R. von einem Allgemeinmediziner, einem internistisch tätigen Hausarzt oder Betriebsarzt ausgestellt sein.

Sofern eine ärztliche Bescheinigung aus dem Heimatland in anderer Sprache vorgelegt wird, ist eine deutsche Übersetzung von einem in Deutschland öffentlich bestellten und vereidigten Übersetzer beizufügen.