

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesprüfungs- und
Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
Lurgiallee 10

60439 Frankfurt am Main

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage
beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im
Gesundheitswesen**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

geb. am _____ in _____

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen Gebrechens
oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer
Sucht zur Ausübung des Berufs als Zahnärztin / Zahnarzt unfähig oder ungeeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel / Arztunterschrift

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben