

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 untenstehenden Berufes unfähig oder ungeeignet ist.

Beruf:

- Ärztin/Arzt
- Zahnärztin/Zahnarzt
- Apothekerin/Apotheker
- Psychotherapeutin/Psychotherapeut

Ort, Datum

Arztstempel, Unterschrift der/s Ärztin/Arztes

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben