

*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 Apotheker / Apothekerin unfähig oder ungeeignet ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel / Arztunterschrift

\_\_\_\_\_  
Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben