

Ärztliche Bescheinigung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ungeeignet ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Arztstempel: