

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 Psycho-therapeutin / Psychotherapeut ungeeignet ist.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Arztstempel: