

Ärztliche Bescheinigung

Zum Antrag auf

- Erteilung einer Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikererlaubnis)

- Erteilung einer Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung beschränkt auf das Gebiet der
 - Psychotherapie Physiotherapie Logopädie

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass

Frau / Herrn: _____
Vorname: _____
Nachname: _____
Straße, Hausnr.: _____
Postleitzahl, Ort: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

wegen eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche der geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht, die für die Ausübung des Berufs als Heilpraktikerin/Heilpraktiker erforderliche Eignung fehlt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes