|  |  |
| --- | --- |
| **antragstellende Person** - Name  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Vorname  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, Hausnummer  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Telefon  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl und Ort  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-Mailadresse  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bezirksregierung Arnsberg**

**Dezernat 24 - Approbationen**

**Seibertzstraße 1**

**59821 Arnsberg**

**Ärztliche Bescheinigung**

**zum Antrag auf Erteilung der Approbation als**

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Ärztin/Arzt gem. § 3 Bundesärzteordnung (BÄO)

Zahnärztin oder Zahnarzt gemäß § 13 ZHG

Psychologische Psychotherapeutin oder Psychologischer Psychotherapeut gemäß § 4 PsychThG

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder Kinder- und Jugendlichenpsycho-therapeut gemäß § 4 PsychThG

**Name, Vorname:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Geburtsdatum:** Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Nach eingehender Untersuchung am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des angestrebten Berufes ungeeignet ist.

**(Ort, Datum)**  (**Unterschrift u. Arztstempel**)