|  |  |
| --- | --- |
| **antragstellende Person** - NameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | VornameKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Straße, HausnummerKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | TelefonKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Postleitzahl und OrtKlicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | E-MailadresseKlicken 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**)