

antragstellende Person - Name	Vorname
Straße, Hausnummer	Telefon
Postleitzahl und Ort	E-Mailadresse

**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 Jugendlichenpsychotherapeut gemäß § 4 PsychThG

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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)