



Heilpraktiker/-innen

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Bereich Gesundheit

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl/Wohnort: _____

Hiermit wird der/dem oben Genannten bescheinigt, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ihr/ihm infolge eines körperlichen Leidens oder wegen Schwäche ihrer/seiner geistigen und körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht die für die Berufsausübung des Heilpraktikers erforderliche Eignung fehlt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift
des behandelnden Arztes,
der behandelnden Ärztin