

---

- Name des Arztes -

---

- Ort/Datum -

## Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim Kreis Steinfurt – Gesundheitsamt -

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort \_\_\_\_\_

wurde von mir am \_\_\_\_\_ untersucht.

Er / Sie ist **nicht** wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen einer Schwäche seiner / ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufes als

**- Heilpraktiker (Physiotherapie) -**

**unfähig oder ungeeignet.**

---

- Unterschrift des Arztes -