

\_\_\_\_\_  
- Name des Arztes -

\_\_\_\_\_  
- Ort/Datum -

**Ärztliche Bescheinigung**  
**zur Vorlage beim Kreis Steinfurt**  
**- Gesundheitsamt -**

Herr / Frau \_\_\_\_\_

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/in (Psychotherapie)**

unfähig oder ungeeignet.

\_\_\_\_\_  
- Unterschrift des Arztes -