
- 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 -