
- Name des Arztes -

- Ort/Datum -

Ärztliche Bescheinigung
zur Vorlage beim Kreis Steinfurt
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege

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

unfähig oder ungeeignet.

- Unterschrift des Arztes -