
- Name des Arztes -

- Ort/Datum -

Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage beim Kreis Steinfurt – Amt für Soziales Gesundheit und Pflege -

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 (Podologie) -

unfähig oder ungeeignet.

- Stempel / Unterschrift des Arztes -