

*Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:*

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege  
Lurgiallee 10

**60439 Frankfurt am Main**

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage  
beim Hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege**

Hiermit bescheinige ich, dass bei Herrn/Frau

---

geb. am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er/sie wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Ausübung des Berufs als Zahnärztin / Zahnarzt unfähig oder ungeeignet ist.

---

Ort, Datum

---

Arztstempel / Arztunterschrift

---

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben