

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege  
-Außenstelle Frankfurt-  
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 untenstehenden Berufes unfähig oder ungeeignet ist.

Beruf:

- Ärztin/Arzt
- Zahnärztin/Zahnarzt
- Apothekerin/Apotheker
- Psychotherapeutin/Psychotherapeut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel, Unterschrift der/s Ärztin/Arztes

\_\_\_\_\_  
Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben