

Anlage 3: Ärztliche Bescheinigung

Empfänger:

Pflegequalifizierungszentrum Hessen
Team akademische Heilberufe
Zu den Sandbeeten
535043 Marburg

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

Hiermit bescheinige ich, dass bei

Name, Vorname

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

1. Arztstempel

2. Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben

3. Arztunterschrift