

Anlage 3: Ärztliche Bescheinigung

Empfänger:

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

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 (muss den Namen des unterschreibenden Arztes enthalten)

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

3. Arztunterschrift