Regierung von Oberbayern
Sachgebiet 55.3 - Rechtsfragen
akademische Heilberufe; Berufsaufsicht

80534 München

Ärztliches Attest

Name	Vorname*(n)*	Geburtsdatum

ggf. Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Straße, Haus-Nummer	Postleitzahl	Ort

Oben genannte Person ist heute von mir untersucht worden. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass sie/er in gesundheitlicher Hinsicht zur ordnungsgemäßen Ausübung des Berufs als

- ☐ Arzt/Ärztin
- ☐ Apotheker/in
- ☐ Psychologische/r Psychotherapeut/in
- ☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in
- ☐ Tierarzt/Tierärztin
- ☐ Zahnarzt/Zahnärztin

ungeeignet ist.

Mit ihrer/seiner Unterschrift bestätigt die Untersuchungsärztin/der Untersuchungsarzt, dass sie/er nicht Familienangehörige/Familienangehöriger oder Lebenspartnerin/Lebenspartner der o. g. untersuchten Person ist.

Anschrift der Ärztin/des Arztes

Straße, Haus-Nummer	Postleitzahl	Ort

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Stempel oder Siegel

Name der Ärztin/des Arztes in Druckbuchstaben

rob_**55.2-020-zz**/09.17