

## 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
- Psychotherapeut/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