

Bitte zurücksenden an/vorlegen bei:

Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege
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 Berufs als Ärztin / Arzt unfähig oder ungeeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel / Arztunterschrift

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arztes in Druckbuchstaben