

Die Untersuchung ist von einer/m in Deutschland niedergelassenen Ärztin/Arzt **oder** vom betriebsärztlichen Dienst des einstellenden Krankenhauses vorzunehmen.
Der Unterzeichner muss namentlich aus dem Praxisstempel/Arztstempel hervorgehen!

Bitte zurücksenden an/einreichen bei:

Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein
Dezernat 32
Gartenstraße 24
24534 Neumünster

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage
beim Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein**

Hiermit bescheinige ich, dass bei

Nachname, 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

- Arzt/Ärztin Zahnarzt/Zahnärztin Apotheker/Apothekerin
 Hebamme Psychotherapeut/Psychotherapeutin

ungeeignet ist.

Ort, Datum

Arztstempel / Arztunterschrift

Name der/s unterschreibenden Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben