

Ärztliches Zeugnis
zur Berufsausübung der / des Heilpraktikerin/s

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Geburtsname _____

Anschrift: _____

Die am _____ erfolgte Untersuchung der / des

Frau / Herrn _____

ergab, dass der / die Untersuchte in gesundheitlicher, also in physischer und psychischer Hinsicht zur Ausübung des Berufs **Heilpraktiker/in** geeignet ist.

Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes