

An:

Landesverwaltungsamt  
Landesprüfungsamt/ Referat 507  
Ernst-Kamieth-Straße 2  
06114 Halle (Saale)

## Ärztliche Bescheinigung

Herr/Frau .....

geboren am ..... in .....

wohnhaft .....

wurde von mir am .....persönlich untersucht und

ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als:

- Arzt**  
 **Zahnarzt**  
 **Apotheker**

geeignet.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift,  
Stempel mit Bezeichnung  
der Einrichtung des Arztes